

TI_GERICHTE 32.2016.108 vom 16. August 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-08-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.108

FR: TI_GERICHTE 32.2016.108 du 16 août 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.108 del 16 agosto 2016

Regeste

Rendita limitata nel tempo.UAI non è vincolato da valutazione dell'invalidità dell'assicuratore LAINF e viceversa.Determinanti sono le conclusioni della visita di chiusura LAINF.Medico non può pronunciarsi sul grado d'invalidità,ma solo sulle condizioni mediche di salute.Non elementi extrainfortunio

Erwägungen

E. 25

gennaio 2013; STF 9C_529/ 2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6). Stante quanto esposto, la richiesta dell'assicurato di attendere l'esito della procedura LAINF poiché sarebbe manifestamente prematuro emanare una decisione in merito alla rendita AI (doc. I pag. 3) ritenuto che “ il grado di invalidità stabilito dall'assicuratore infortuni deve coincidere con quello stabilito all'AI (cosiddetta “ Koordinationsregel ”) ” (doc. I pag. 5), deve essere respinta. Il TCA può dunque autonomamente giudicare la vertenza in oggetto senza dovere attendere la procedura in materia LAINF. nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se è a giusta ragione che l'Ufficio assicurazione invalidità ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera di invalidità limitata nel tempo dal 1° luglio 2015 al 30 giugno 2016, poiché tre mesi dopo la visita di chiusura della _____ il ricorrente sarebbe abile al lavoro al 100% in attività adeguate e dal calcolo effettuato con il metodo ordinario risulterebbe una perdita di guadagno inferiore al grado minimo pensionabile (13%). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'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). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). 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). 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). 2.4. Trattandosi in concreto dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V

120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che 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. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65).

2.5. Nel caso di specie, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e in particolare la documentazione acquisita dall'assicuratore infortuni che ha sottoposto l'assicurato a delle visite mediche di valutazione del suo stato di salute, sentito il parere del consulente in integrazione professionale (doc. 110), con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una rendita temporanea di invalidità: prima un quarto, poi intera e in seguito il diritto è stato soppresso dal 1° luglio 2016. Considerata un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività di magazziniere, mentre una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, applicando il metodo ordinario di raffronto dei redditi l'Ufficio AI ha infatti concluso, tenendo conto del grado di invalidità del 23% stabilito dall'assicuratore infortuni il 27 luglio 2010, che il grado di invalidità dell'assicurato fosse inizialmente del 46% dal 1° aprile 2015, poi del 100% dal 1° luglio 2015 fino a quando vi è stato il miglioramento che ha portato a sopprimere la rendita intera stante un grado AI del 13% e a negare anche dei provvedimenti reintegrativi professionali. Nel ricorso l'assicurato ha contestato il risultato a cui è giunta l'amministrazione, evidenziando come gli accertamenti medici sarebbero lacunosi, poiché non avrebbero tenuto conto delle sue reali condizioni di salute che i suoi medici curanti hanno invece debitamente attestato, ritenendo per esempio non attuabile l'attività di orologiaio al 100%, ma semmai solo al 70%. Egli ha quindi preteso l'attribuzione di una rendita intera di invalidità anche dopo il 30 giugno 2016.

2.6. L'Ufficio AI ha richiamato

dall'assicuratore infortuni _____, che si è assunto i casi di infortunio sia alla spalla sinistra sia destra alla base della richiesta di prestazioni dall'assicurazione invalidità, l'intera documentazione medica. Fra i numerosi referti rilasciati dai medici consultati, lo stesso insorgente ha citato e prodotto a comprova delle sue condizioni di salute alcuni di questi certificati. Il referto radiologico del 14 gennaio 2015 (doc. D1) indica gli esiti dell'ecografia della spalla destra e sinistra e della radiografia di entrambe le spalle in due proiezioni, che sono avvenute quel giorno. Nel certificato del 27 gennaio 2015 (doc. D2) il dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, ha riferito di un consulto avvenuto quel giorno, osservando che per il paziente i dolori erano presenti in maniera più o meno costante e difficilmente tollerabili la notte. Malgrado non vi fosse un'inabilità lavorativa, l'assicurato riusciva a fatica ad effettuare le mansioni che gli venivano assegnate come magazziniere edile. Per entrambi gli arti il curante ha quindi suggerito una risonanza. Il terzo documento prodotto dall'insorgente riferisce del colloquio avuto con un consulente infortuni presso il suo domicilio. In questo verbale, allestito il 23 settembre 2015 (doc. D3), sono in particolare indicate l'anamnesi professionale, il decorso, lo stato attuale e il procedere terapeutico. Nel descrivere lo stato attuale, l'interessato ha affermato che la mobilità era rimasta uguale da un mese, che non v'era stato alcun miglioramento e che l'evoluzione non era favorevole. Egli riusciva a portare il braccio destro in elevazione laterale fino a 45°, mentre anteriormente raggiungeva gli 80°. Al loro punto massimo, i movimenti gli provocavano dolore, così come nel riabbassare o riposizionare il braccio destro. Mancava forza nel braccio, aveva difficoltà a radersi, era impossibilitato a lavarsi i capelli, a portare la mano destra sulla spalla sinistra, doveva costantemente cambiare posizione della braccia alla guida. Per poter muovere e spostare il braccio destro appoggiato al tavolo doveva afferrarlo e sollevarlo con la mano sinistra. Non poteva nemmeno dormire sul fianco destro né su quello sinistro, ma unicamente sulla pancia facendo fatica a stare sulla schiena. Tutti questi disturbi, secondo il ricorrente, valevano anche per la spalla sinistra. A suo dire, quindi, sarebbe stato auspicabile un nuovo consulto presso il dr. med. _____, che l'aveva già visitato. In effetti, il 6 gennaio 2016 l'assicurato è stato visitato dalla dr.ssa med. _____ nello studio privato del prof. dr. med. _____, FMH ortopedia chirurgica e traumatologia dell'apparato locomotore. Nel suo referto dell'11 gennaio 2016 (doc. 255), che il ricorrente ha richiamato agli atti (doc. VI), la specialista ha posto la diagnosi di dolori cronici alla spalla destra su stato dopo ricostruzione del sovraspinato e sottoscapolare nel maggio 2015; omartriosi avanzata; persistente rottura parziale del sovraspinato. Dolori cronici alla spalla sinistra con ri-rottura della cuffia dei rotatori dopo sutura in mini open nel settembre 2007 e sutura del capo lungo nel giugno 2009. La chirurga ortopedica ha esaminato le risonanze magnetiche effettuate il 16 e il 17 dicembre 2015 rispettivamente alla spalla destra e sinistra e ha concluso che malgrado la persistente rottura parziale del tendine sovraspinato anche con una nuova operazione la situazione non sarebbe potuta migliorare. A causa della giovane età del paziente una protesi era fuori discussione. Bisognava adattarsi alla situazione e ambire a una reintegrazione professionale in un'attività lavorativa adeguata (non lavorare al di sopra dell'altezza dello xifoide e non caricare ripetutamente sopra ai 5kg, cambiare spesso posizione con pause). Sul lato sinistro si presentava pure una situazione irreparabile. La spalla era già stata valutata in precedenza in maniera definitiva. Questo parere è stato sottoposto al medico dell'assicuratore infortuni, il quale l'8 marzo 2016 ha pure valutato l'assicurato personalmente nell'ambito di una visita di chiusura. Nel suo rapporto dell'11 marzo 2016 (doc. 265) il dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia

dell'apparato locomotore, ha riassunto gli atti medici determinanti dal 2010 al 2016, le dichiarazioni dell'assicurato, i reperti e le radiografie a sua disposizione. L'esperto ha posto la diagnosi di sindrome dolorosa cronica spalla destra e sinistra in: evento alla spalla sinistra del 27 luglio 2007 con stato da rottura del sovraspinato e lesione parziale del plesso brachiale superiore sinistro con recupero completo di quest'ultimo; stato da artroscopia e sutura del sovraspinato sinistro in mini open il 3 settembre 2007; stato da ri-sutura del sovraspinato sinistro, nuova acromioplastica, tenotomia del capo lungo del bicipite il 22 giugno 2009; stato da rottura del sovraspinato e sottoscapolare di destra con ricostruzione artroscopica in data 13 maggio 2015; ri-rottura parziale del sovraspinato della spalla destra e ri-rottura della cuffia dei rotatori a sinistra. Omartrosi bilaterale. Il chirurgo ortopedico ha riportato le lamentele soggettive dell'interessato di un peggioramento dei dolori a livello delle spalle bilateralmente, con un aumento più progressivo e veloce alla spalla destra, mentre alla spalla sinistra notava una diminuzione della forza progressiva. Dai reperti oggettivi era in particolare riscontrabile una limitazione dell'articolari  della spalla dominante destra e della spalla sinistra, perci  l'esperto ha proposto all'assicurato di eseguire a casa degli esercizi per il mantenimento dei gradi dell'articolari  delle spalle destra e sinistra guadagnati al momento e gli ha prescritto degli antinfiammatori e antidolorifici. Lo specialista ha ritrovato un peggioramento nell'articolari  della spalla sinistra rispetto alla visita di chiusura del 2010 dove la flessione e l'abduzione erano di 180°, mentre a quel momento in ambedue i casi era di 90°. Per quel che riguardava la forza, essa restava sovrapponibile a quella odierna nell'arto superiore sinistro, mentre nell'arto superiore destro l'interessato era portatore di un danno permanente di cui ne sarebbe stato tenuto conto nell'apprezzamento dell'indennit  per menomazione. Alla visita del 2016 il medico fiduciario ha ritenuto stabilizzata la situazione clinica di ambedue le spalle, motivo per cui ha ridefinito l'esigibilit  lavorativa visto che la precedente esigibilit  determinata nel 2010 era stata prodotta dalla sola problematica della spalla sinistra, mentre la nuova esigibilit  doveva adattarsi anche ai nuovi deficit funzionali emersi alla spalla destra. L'assicurato   stato considerato abile nella misura dell'esigibilit  da subito al 100%, fermo restando delle limitazioni funzionali. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto il referto del 6 settembre 2016 (doc. B) allestito dal chirurgo ortopedico dr. med. _____ a seguito del consulto del 4 agosto 2016. Questo certificato   identico al rapporto del 5 agosto 2016 (doc. 125) che lo specialista ha indirizzato all'assicuratore infortuni _____ quale opposizione alla decisione del 22 luglio 2016 (doc. 277), con cui gli   stata negata una rendita di invalidit  per i disturbi alla spalla destra, dato che l'incapacit  di guadagno del 20% calcolata nel 2016 non raggiungeva il grado di invalidit  del 23% stabilito dal 1° giugno 2010 con la decisione del 27 luglio 2010 per l'infortunio del 27 luglio 2007 alla spalla sinistra. Per l'assicuratore, l'infortunio del 2002 non   risultato economicamente invalidante, perci  non sussisteva il diritto a una rendita di invalidit  abbinata. Il chirurgo, riferendosi espressamente alla decisione in ambito di infortuni con cui era stata concessa all'assicurato una rendita del 23% per la problematica ad entrambe le spalle, ha evidenziato le sue perplessit  sul risultato ottenuto, rilevando che l'interessato gi  beneficiava di una rendita del 22% per la spalla sinistra, ma ora si aggiungeva anche la problematica della spalla destra con un peggioramento della situazione della spalla sinistra. Inoltre, a dire del chirurgo non era corretto affermare che il paziente fosse abile al 100% in un'attivit  pi  leggera, tanto che anche come orologiaio l'ha ritenuto al massimo abile al 70%. 2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidit , all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso)   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). Occorre ancora evidenziare che l'allora 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, 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). 2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le problematiche ortopediche ad entrambe le spalle sono state chiarite in modo soddisfacente dal perito che l'assicuratore infortuni ha nominato appositamente e il cui parere è stato richiamato e fatto proprio dall'Ufficio AI. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunto lo specialista dr. med. _____ nella visita di chiusura dell'8 marzo 2016. Al relativo referto va dunque riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.6). A nulla valgono le lamentele del ricorrente sulla legittimità delle conclusioni che ha tratto l'Ufficio AI, a suo dire prematuramente perché avrebbe dovuto attendere l'esito delle contestazioni rivolte alla decisione del 22 luglio 2016 dell'assicuratore infortuni. Il più recente referto del 6 settembre 2016 (doc. B) prodotto dall'assicurato insieme al suo ricorso è identico, come detto, al rapporto datato 5 agosto 2016 che il dr. med. _____ ha allestito e trasmesso all'assicuratore infortuni ed è antecedente alla decisione del 16 agosto 2016 qui impugnata. Facendo leva su questo certificato il ricorrente ha chiesto di accertare meglio ed ulteriormente le sue condizioni di salute. Questo documento espone delle diagnosi già note all'Ufficio AI ed esprime delle lamentele in merito alla definizione del grado di invalidità, che esulano per. come tali, dai suoi compiti. Infatti, in merito al compito del medico, va rilevato che esso può esprimere soltanto un giudizio medico sulle condizioni di salute di un assicurato, indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_707/2016 del 1° dicembre 2016). Il medico non può invece pronunciarsi anche sul grado di invalidità, visto che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; quest'ultimo valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). In concreto, quindi, seppure si sia pronunciato prettamente in ambito infortunistico – parere che il ricorrente fa però valere anche per la sua richiesta di prestazioni dall'assicurazione invalidità -, non spettava comunque al medico curante giudicare il grado di invalidità stabilito dall'assicuratore infortuni, questo compito spettando, essendo di carattere economico e non medico, all'assicuratore rispettivamente al consulente infortuni – e in ambito AI al consulente in integrazione professionale. Pertanto, del certificato del 6 settembre 2016 occorre tenere presente unicamente il parere strettamente medico fornito dal chirurgo ortopedico in merito al grado di capacità lavorativa dell'assicurato, secondo cui va contestata la piena capacità lavorativa in attività leggere e come orologiaio – ossia in una delle attività per le quali l'assicuratore infortuni l'ha ritenuto abile al 100% - sarebbe abile al 70% al massimo. Tuttavia, il TCA rileva che questo parere medico non è peraltro supportato da un'analisi clinica ed oggettiva delle condizioni di salute dell'interessato, ma si inserisce semplicemente a conclusione delle sue precedenti affermazioni, secondo le quali oltre alla rendita infortunistica percepita per la spalla sinistra si aggiunge sia la problematica della spalla destra sia un nuovo peggioramento della spalla sinistra. Il chirurgo

si era già pronunciato il 1° ottobre 2015 (doc. 97) a seguito dell'intervento di ricostruzione della cuffia dei rotatori. In quell'occasione, lo specialista aveva riferito che a quel momento l'evoluzione post operatoria era poco favorevole, che c'erano ancora dolori e limitazione dell'articolari : passivamente l'assicurato arrivava fino a 150° con la spalla destra, rotazione interna al sacro, rotazione esterna 30°, ma attivamente elevava il braccio non oltre l'orizzontale. A suo dire, quindi, a quel momento si doveva continuare con la riabilitazione e ha attestato una piena capacit  lavorativa, ma non v'era alcuna possibilit  che l'interessato riprendesse un'attivit  lavorativa nell'edilizia. Una riconversione professionale era indispensabile. Pertanto, alla luce di quanto esposto, va al riguardo osservato che il summenzionato chirurgo ortopedico, che da alcuni anni seguiva l'assicurato e che l'ha operato ad entrambe le spalle, non   stato in grado di comprovare che lo stato di salute del ricorrente fosse peggiore di quello accertato dal dr. med. _____ nel marzo 2016. Da un lato, il referto dell'ottobre 2015 riferisce di uno stato post operatorio e quindi di un'articolari  (comprensibilmente) limitata. Dall'altro lato, il certificato dell'agosto/settembre 2016 pone solo delle diagnosi gi  note e si limita a concludere che non   corretto affermare che l'assicurato sia abile al 100% in attivit  leggere, tanto che come orologiaio al massimo sarebbe abile al 70%. Ad ogni modo queste affermazioni, non supportate da valide constatazioni cliniche ed oggettive, non sono atte a tutelare la posizione del medico curante del ricorrente. E ci  neppure se il dr. med. _____ ha esaminato lo stato di salute del suo paziente successivamente alla valutazione dello specialista interpellato dall'assicuratore infortuni e addirittura in un momento pi  prossimo all'emanazione della decisione impugnata. Per quanto concerne il rapporto dell'11 gennaio 2016 della dr.ssa med. _____, attiva presso lo studio del Prof. dr. med. _____ e che l'assicurato ha richiamato pendente causa come mezzo di prova delle sue condizioni di salute, va rilevato che lo stesso pone delle diagnosi che non sono contestate n  dall'assicuratore infortuni che ha istruito il caso n  tanto meno dall'Ufficio AI che si   basato sulle relative conclusioni. I dolori cronici ad entrambe le spalle sono infatti riconosciuti dal dr. med. _____ che ha visitato l'assicurato l'8 marzo 2016 per conto dell'assicuratore infortuni. La specialista di _____ ha soltanto affermato che un nuovo intervento non avrebbe migliorato la situazione e che una protesi non era indicata per l'assicurato. La chirurga ortopedica ha piuttosto suggerito una riqualifica professionale in un'attivit  che non comportasse per l'assicurato di svolgere dei lavori al di sopra dello xifoide n  di portare ripetutamente carichi sopra i 5kg, ma che gli permettesse di cambiare spesso posizione e di effettuare delle pause. A ben vedere, quindi, contrariamente a quanto sostiene il ricorrente, anche questa dottoressa non ha escluso l'esercizio di un'attivit  lucrativa. Anzi. L'esperta ha consigliato all'assicurato di riqualificarsi in attivit  adatte alle sue nuove condizioni di salute e quindi che tenessero conto dei predetti limiti funzionali e di carico. In altre parole, dunque, la capacit  lavorativa risultava essere del 100% in attivit  adatte che rispettassero le indicazioni date, ci  che contraddice chiaramente la tesi dell'insorgente, il quale ha preteso di essere totalmente inabile in qualsiasi lavoro. Infatti, erroneamente egli ha sostenuto che le conclusioni del dr. med. _____ siano " in perfetta sintonia con quanto attestato dalla Dr. Med. _____ di _____, professionista alla quale si   rivolto il ricorrente su indicazione della stessa _____. La Dottoressa _____, in data 6 gennaio 2016 concludeva per un'incapacit  lavorativa del 100% e comunicava verbalmente al signor RI 1 che purtroppo la sua menomazione sarebbe stata permanente. " (doc. I pag. 3). Contrariamente quindi a quanto evidenziato dall'assicurato, la situazione   chiara: i suoi stessi medici curanti l'hanno ritenuto abile al

lavoro in attività adatte alle sue condizioni di salute nel rispetto di determinati limiti di carico e di movimento. Il parere del dottor _____, secondo cui come orologiaio l'interessato sarebbe abile al 70% e non al 100% come ritenuto dal medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, smentisce anch'esso che l'assicurato sia totalmente inabile al lavoro, come invece sostenuto nel suo ricorso. Nemmeno va dato seguito alla pretesa ricorsuale di sottoporlo nuovamente ad un esame medico da parte della dr.ssa med. _____, " in modo tale che possa esprimersi formalmente anche in merito all'asserita inabilità lavorativa " (doc. I pag. 5). Alla stessa stregua, a nulla vale la richiesta del ricorrente di procedere, semmai, a ulteriori valutazioni mediche per accertare questa situazione. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente, rinviando semplicemente a dei referti del 2015 già vagliati sia dall'assicuratore infortuni sia dall'Ufficio AI come pure al certificato del gennaio 2016 della dr.ssa _____ e a quello dell'agosto/settembre 2016 del dr. _____, affermando che alla luce del più recente referto medico che ha prodotto la situazione non è chiara e quindi pretendendo l'espletamento di nuovi accertamenti medici, è venuto meno al suo obbligo di comprovare le sue allegazioni. Esso si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità che non avrebbe sufficientemente vagliato le sue condizioni alla luce dei summenzionati referti medici. Per contro, l'assicurato non ha saputo comprovare le sue lamentele, visto che il rapporto del dr. med. _____ non fornisce un quadro clinico delle sue condizioni né ne comprova un peggioramento, ma esprime solo dei dubbi sulla sua capacità lavorativa residua del 100% ritenendola del 70% al massimo. Per di più, poi, il referto della dr.ssa _____ smentisce completamente la sua tesi, ritenendolo abile al 100% in attività adeguate con determinate limitazioni funzionali. A quest'ultimo proposito il TCA rileva che anche il perito dr. _____ ha indicato una serie di limiti funzionali della capacità residua dell'assicurato, elencandoli in modo (più) dettagliato e preciso così come riportato nel suo rapporto dell'11 marzo 2016. Non va poi dimenticato di osservare che le contestazioni rivolte dall'assicurato alle conclusioni tratte dall'assicuratore infortuni nella sua decisione del 22 luglio 2016 – che ha ritenuto che l'assicurato potesse svolgere al 100% l'attività di aiuto orologiaio, di regolatore di macchine, il raffilatore o l'operaio di fabbrica - esulano dal contesto dell'assicurazione invalidità che questo Tribunale è qui ora solo chiamato a giudicare. Infine, va evidenziato

che il ricorrente non ha sollevato degli elementi extra-infortunistici per comprovare un peggioramento del suo stato di salute. Pertanto, a maggior ragione non v'è alcun motivo di discostarsi dalla perizia allestita l'11 marzo 2016 dal dr. med. _____ per conto dell'assicuratore infortuni e tanto meno è necessario effettuare ulteriori accertamenti medici. Il tali circostanze le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate, devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. Il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente, ritenendolo quindi inabile al lavoro al 100% come magazziniere edile dal 12 gennaio 2015 per i sopraggiunti problemi alla spalla destra rispettivamente abile al 100% dall'8 marzo 2016 in attività adeguate che rispettino i limiti funzionali posti dal perito. 2.9. Stante quanto precede, poiché l'aspetto economico non è stato contestato come tale dall'assicurato, ciò porta il TCA a non verificare il calcolo effettuato dall'Ufficio AI e quindi a ritenere dall'8 marzo 2016 il grado di invalidità del 13% stabilito tenendo presente un'abilità lavorativa residua del 100% in altre attività lucrative, grado che non è però sufficiente per avere diritto a una rendita di invalidità (art. 28 cpv. 2 LAI). Ne discende che a decorrere da tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento delle condizioni di salute del ricorrente (art. 88a cpv. 1 OAI), e meglio dalla visita medica di chiusura effettuata dal dr. med. _____ per conto dell'assicuratore infortuni, la rendita intera riconosciuta dal 1° luglio 2015 decade. Di conseguenza, è a giusta ragione che dal 1° luglio 2016 il ricorrente non ha più diritto al riconoscimento di una rendita intera di invalidità. La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso integralmente respinto. 2.10. 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 per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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