

TI_GERICHTE 32.2016.46 vom 12. April 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-04-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.46

FR: TI_GERICHTE 32.2016.46 du 12 avril 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.46 del 12 aprile 2016

Regeste

Nell'ambito della revisione di un diritto a tre quarti di rendita assicurato fa valere peggioramento. Amministrazione conferma prestazione. TCA conferma

Erwägungen

E. 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 esterne (art. 44 LPGa) 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). Va poi evidenziato 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_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), 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; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29

settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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). 2.7. 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 suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Vanno quindi paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (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, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, pag. 379). In concreto, come meglio si illustrerà al consid. 2.8 che segue, la prestazione è stata erogata all'assicurato sulla base di accertamenti medici approfonditi, inclusa una perizia psichiatrica, eseguiti contestualmente alla resa della decisione del 14 aprile 2006 (doc. AI 48). Inoltre, anche in sede della revisione del 2009, che ha portato alla conferma della prestazione con comunicazione del 3 dicembre 2009 (doc. AI 70), l'amministrazione ha materialmente esaminato la fattispecie sottoponendo l'assicurato ad una nuova perizia psichiatrica (doc. AI 68, 70). In occasione della revisione avviata nel giugno 2012 per contro l'Ufficio AI si è limitato a confermare la prestazione sulla base del solo rapporto del curante (doc. AI 75, 79). Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare se successivamente alla decisione del 14 aprile 2006 (rispettivamente al provvedimento 3 dicembre 2009 che ha accertato una situazione invariata) lo stato di salute del ricorrente sia peggiorato in misura tale da giustificare l'aumento della rendita d'invalidità. 2.8. Dagli atti di causa risulta che in occasione della concessione della rendita l'amministrazione, in evasione della domanda dell'assicurato che lamentava i postumi di un infortunio patito sul lavoro il 27 marzo 2001 con frattura del femore, aveva interpellato il curante dr. _____, internista (per il quale l'assicurato era inabile nella sua professione di muratore, ma abile al 50% in un'attività leggera adatta; doc. AI 24) e il dr. _____, psichiatra curante, che nel rapporto del 26 agosto 2004 concludeva per una totale inabilità lavorativa a livello psichiatrico dall'agosto 2003 per la diagnosi di "Evoluzione ansio depressiva e dolore cronico (F41.2) in una personalità anancastica (F 60.5) a tratti ev paranoici (F 60.0)". L'amministrazione ha quindi ritenuto opportuno far esperire una perizia a cura del dr. _____, psichiatra, il quale nel suo rapporto 28 aprile 2005, eseguita una dettagliata visita clinica con test di

Rorschach, ha posto le diagnosi di “ Disturbo di adattamento post traumatico in personalità paranoide (ICD 10-F43.25; F 60.0) oltre a stato dopo OS per frattura diafisaria femore dx 27.3.2001, stato dopo meniscectomia dx 2001. Stato dopo frattura Th12 1981. Stato dopo riattivazione Tbc polmonare 2001 ” formulando le seguenti considerazioni: "

DISCUSSIONE Nel caso del peritando siamo confrontati con una classica sintomatologia del dolore di origine psichica nella forma di una fissazione paranoide che non permette l'accettazione e la rielaborazione di un trauma in sé lieve. Di carattere paranoico, sospettoso, diffidente, rigido, il peritando ha vissuto le difficoltà post-operatorie e di guarigione come un incubo paranoide nel quale si figurava sempre più a dinamica di un grave sbaglio medico celato e mai rilevato. In questo vissuto paranoico vi è un minimo di verità, un leggero difetto dell'asse di rotazione del femore dx. è confermato dalle numerose valutazioni specialistiche, un difetto di comunicazione è stato sicuramente presente in quanto la comunicazione con un paranoico è possibile solo a uno specialista in psichiatria. Queste minime verità si trasformano nella paranoia in profonda convinzione assolutamente irremovibile di un danno o un'ingiustizia subita. Ogni commento, ogni intervento, ogni lettera e ogni controllo diventano la prova inconfutabile dell'errore commesso e della volontà maligna di non ammetterlo e non aiutare il peritando nella sua continua ricerca della verità. Questa dinamica consuma tutte le energie del peritando oggi uomo invecchiato, indebolito, incapace di reagire, ma con ancora un potenziale lavorativo che deve essere assolutamente usato pena l'ulteriore regressione in uno stato di assoluta dipendenza e inattività. Ritengo il peritando quindi inabile al lavoro in misura del 50% per motivi psichiatrici a mio personale parere comunque non accumulabile con il 30% di invalidità ortopedica. Se posso permettermi un giudizio in tal senso, ritengo quindi l'inabilità lavorativa del peritando valutabile al 50% globale, La dinamica di fissazione somatica tipica dei paranoici non è nient'altro che una proiezione, uno scarico nel corpo di impulsi violenti nati dalla convinzione di aver subito una grave ingiustizia. Questa convinzione scaturisce da una profonda violenza e rivendicatività assolutamente inconsce originate nella primissima infanzia e pronte a riesplodere alla minima ingiustizia subita che riattivi quell'antica sofferenza. Queste dinamiche, quando spinte all'estremo, portano in isolati casi all'omicidio o al suicidio. (...) 2.6. Una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico di almeno il 20% risulta essere presente dal 27.03.2001 in misura del 100% e dal 01.08.2003 in misura del 50%. Vi è stata una inabilità lavorativa al 100% per motivi psichici dall'agosto 2003 sino a tutt'ora. Ritengo il peritando inabile al lavoro limitatamente al 50% per motivi psichici a partire dal 01.01.2005 data d'inizio dello stage lavorativo al 50% presso la Caritas. (...) Provvedimenti medici sono già in corso, dal punto di vista psichiatrico è molto difficile che il peritando accetti un intervento atto a confrontare la dinamica persecutoria della propria sofferenza. Per queste ragioni ritengo la prognosi dal punto di vista psichiatrico cattiva. (doc. AI 40). Nel rapporto del 20 dicembre 2005 il medico SMR ha ripreso e condiviso le diagnosi e le conclusioni peritali osservando : " Limitazioni funzionali In relazione con i disturbi presentati all'arto inferiore destro, il paziente risulta essere limitato nelle attività lavorative che comportano il mantenimento prolungato o duraturo di una posizione eretta, degli spostamenti prolungati e frequenti anche su terreni regolari, a più forte ragione se scoscesi o irregolari movimenti frequenti e ripetuti d'inginocchiamento, rispettivamente accovacciamento, il trasporto di pesi superiori alla 15ina di chili, così come l'uso di macchinari vibranti, rispettivamente contundenti. Il paziente può per contro svolgere sull'arco di tutta una giornata lavorativa delle attività leggere con possibilità di cambiamento regolare della propria posizione e con dei corti

spostamenti su superfici piane. Raccomandazioni, proposte SMR Mi rifaccio alla "Decisione su opposizione" del 13.02.04 Al termine della visita di chiusura il dott. _____, medico di circondario, è giunto alla conclusione che, tenuto conto dei postumi infortunistici, l'assicurato non è più in grado di svolgere la propria attività professionale originaria. Per contro egli può, sull'arco dell'intera giornata, esercitare un'attività più leggera in posizione alternata (omissis) la capacità lavorativa dell'assicurato è del 50% (omissis) nell'attività di gruista o in altri lavori da esercitarsi in posizione esclusivamente sedentaria e cioè in mansioni che non sono state considerate dalla _____. Mi rifaccio alla visita di chiusura del 17.04.03 della _____ ESIGIBILITÀ DEL LAVORO In relazione con i disturbi presentati all'arto inferiore destro, il paziente risulta essere limitato nelle attività lavorative che comportano il mantenimento prolungato o duraturo di una posizione eretta, degli spostamenti prolungati e frequenti anche su terreni regolari, a più forte ragione se scoscesi o irregolari movimenti frequenti e ripetuti d'inginocchiamento, rispettivamente accovacciamento, il trasporto di pesi superiori alla 15ina di chili, così come l'uso di macchinari vibranti, rispettivamente contundenti. Il paziente può per contro svolgere sull'arco di tutta una giornata lavorativa delle attività leggere con possibilità di cambiamento regolare della propria posizione e con dei corti spostamenti su superfici piane. Pertanto in risposta al quesito rivolto, il sig. RI 1, tenuto conto anche della perizia del dr. _____, che lo ritiene inabile al lavoro per motivi psichici al 50% dal 1. gennaio 2005, è abile al lavoro al 50% in attività esigibile come sopra esposto, che non è più l'attività pesante originaria ma quella adattata secondo i limiti funzionali." (doc. AI 43) Di conseguenza, ammessa una completa inabilità lavorativa come gruista, ma una capacità lavorativa del 50% in attività leggere adeguate dal gennaio 2005, eseguito il confronto dei redditi concludente per una perdita di guadagno del 61% (cfr. rapporto del consulente professionale del 9 febbraio 2006, doc. AI 47), con decisione del 14 aprile 2006 l'Ufficio AI ha concesso all'assicurato una rendita intera dal 1 marzo 2002 al 30 marzo 2005 e in seguito tre quarti di rendita (doc. AI 50). La decisione è cresciuta incontestata in giudicato. In occasione della revisione intrapresa nella primavera del 2009, considerato come l'assicurato sostenesse di essere peggiorato a livello psichico, l'amministrazione ha interpellato il dr. _____, psichiatra curante dal settembre 2007, il quale, poste la diagnosi di " sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media con sindrome biologica ICD 10 F 33.11)", pur riferendo di uno stato di salute stazionario, ha concluso per un'inabilità lavorativa del 70% dal 5 settembre 2007 (doc. AI 61). L'amministrazione ha quindi fatto eseguire una nuova perizia a cura della dr.ssa _____, psichiatra, la quale, nel referto del 10 agosto 2009, ha posto le diagnosi di " Disturbo da disadattamento post-traumatico in personalità paranoide (ICD-10 F:43.25; F:60.0), Sindrome algica e difetto assiale in rotazione dell'anca destra in stato dopo frattura diafisaria del femore destro il 27.03.2001, osteosintesi con chiodo centro-midollare il 27.03.2001 ed asportazione del materiale d'osteosintesi il 29.01.2003" (oltre a altre diagnosi somatiche senza ripercussioni sulla capacità lavorativa) e esposto quanto segue: " (...) Considerando il quadro generale si può confermare la diagnosi psichiatrica posta dal Dr. _____ nella sua perizia del 2005, con la constatazione, che l' energia paranoica ha lasciato parzialmente il posto ad una sorta di rassegnazione depressiva. Il quadro psicopatologico constatato dalla sottoscritta all'occasione del colloquio peritale non presenta rispetto a quello presentato dall'assicurato al collega nel 2005 un peggioramento tale da giustificare una modificazione del diritto di rendita. Permane una in capacità lavorativa del 50%. L'assicurato aveva anche cercato un posto di lavoro " leggero", cosa che si sentiva (e si sentirebbe) in grado di svolgere e cosa,

che dal punto di vista psichiatrico potrebbe solo giovargli dandogli di nuovo l'impressione di essere utile e sviandolo dai pensieri costantemente incentrati sulla sua menomazione. Infine va fatto presente, che con un'adeguata terapia psichiatrica lo stato psichico potrebbe migliorare, cosa che non porterebbe ad un aumento della capacità lavorativa, ma almeno ad un miglioramento della qualità di vita dell'assicurato. (...) 2.6 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro a livello medico di almeno il 20% ? Dal 27.03.2001 2.7 Quale è stato da allora lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Incapacità lavorativa per infortunio: 100% dal 27.03.2001 al 31.07.2003 50% dal 01.08.2003 al 31.08.2003 32% dal 01.09.2003 Incapacità lavorativa per motivi psichici 100% dal agosto 2003 al 31.12.2004 50% dal 01.01.2005 al tutt'oggi 3. L'ambiente di lavoro dell'assicurato è in grado di sopportarne i disturbi psichici? Un eventuale ambiente di lavoro potrebbe senz'altro sopportare i disturbi psichici dell'assicurato. C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1 E' possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? L'assicurato l'08.08.2003 ha fatto richiesta di provvedimenti d'integrazione (riqualifica) e dichiara di non aver ricevuto risposta da parte dell'AI. Di per sé provvedimenti d'integrazione sarebbero possibili, ma non aumenterebbero la capacità lavorativa, che resterebbe del 50%. A causa dei postumi dell'infortunio dovrebbe trattarsi di lavori leggeri. Esiste una limitazione per motivi psichici del 50%." (doc. AI 68). Nel rapporto del 1° settembre 2009 il medico SMR ha fatto proprie le conclusioni peritali e, poste le limitazioni fisiche (legate all'impossibilità di mantenere una posizione eretta prolungata e duratura, effettuare spostamenti prolungati e frequenti anche su terreni regolari, movimenti frequenti e ripetuti di inginocchiamento rispettivamente di accovacciamento, trasporto di pesi superiori ai 15 chilogrammi, uso di macchinari vibranti e contundenti) e psichiche (consistenti nell'incapacità di elaborazione adeguata dell'infortunio subito), dopo aver rilevato che sarebbe stato importante eseguire un piano di riabilitazione, ha osservato: "(...) Siamo attualmente in fase di revisione di rendita. L'attuale visita peritale psichiatrica conferma la diagnosi psichiatrica posta dal dr. _____ posta nella sua perizia del 2005 con la constatazione che l'energia paranoica ha lasciato parzialmente il posto ad una sorta di rassegnazione depressiva Permane quindi uno stato stazionario dello stato di salute psichico, rispettivamente una IL del 50% giustificata dai tratti paranoici della sua personalità, che causano una incapacità di elaborazione adeguata dell'infortunio subito, e della sintomatologia depressiva Dal punto di vista fisico l'attività abituale non è più esigibile l'A. non ha più una attività lavorativa dal 2001, aveva cercato anche un posto di lavoro leggero cosa che gli avrebbe consentito dal punto di vista psichiatrico di essere utile e sviandolo dai pensieri costantemente incentrati sulla sua menomazione). Viene definito che un eventuale ambiente di lavoro potrebbe sopportare i disturbi psichici dell'A., pertanto provvedimenti di integrazione sarebbero possibili (nell'ambito sociale non sussistono limitazioni della CL) ma non aumenterebbero la CL che resterebbe al 50%. Va fatto presente che con una adeguata terapia psichiatrica lo stato psichico potrebbe migliorare ma non porterebbe ad un aumento della CL dell'A. ma almeno ad un miglioramento della sua qualità di vita." (doc. AI 69) Di conseguenza, la comunicazione del 3 dicembre 2009 ha confermato i tre quarti di rendita (doc. AI 70). Nel giugno 2012 l'amministrazione ha avviato una nuova revisione. Visto il certificato 13 luglio 2012 del dr. _____ - il quale giudicava la situazione sostanzialmente invariata dal 2003 con una capacità lavorativa in attività adeguate del 30-40%; doc. AI 75 -, e il rapporto finale SMR del 24 agosto 2012, mediante comunicazione del 30 agosto 2012 l'amministrazione ha nuovamente confermato il dritto a tre quarti di rendita (doc. AI 80). Nel settembre 2015 l'amministrazione ha

avviato una nuova procedura di revisione. Con scritto 20 ottobre 2015 il dr. _____, poste le diagnosi invalidanti di “ problematica psichica, sindrome algica residuale su difetto assiale in rotazione dell'anca destra in presenza di uno stato dopo frattura al III medio del femore destro il 27.03.01, Osteosintesi con chiodo centromidollare il 27.03.01, asportazione del materiale di osteosintesi il 29.01.03 oltre a Broncopatia cronica ostruttiva GOLD III ” oltre a diagnosi con “possibili” ripercussioni invalidanti di “ Cardiopatia ischemica con esiti di infarto miocardico in sede infero-laterale avvenuto in maniera asintomatica, recente valutazione cardiologica, FRCV ”, per quanto riferito alla capacità lavorativa ha osservato: " Il paziente non lavora più da parecchio tempo, non ho dati sulla sua capacità lavorativa, non so neanche quale invalidità gli è riconosciuta. Dal mio punto di vista è valida l'osservazione che avevo fatto alla fine della pagina 2 del rapporto precedente.

Globalmente, se si fa astrazione della problematica psichica di cui non mi sono mai occupato, il paziente dal punto di vista somatico è inabile al 100% nella sua precedente attività di muratore. In un lavoro adattato (che non necessita sforzi fisici tipo “ufficio”) la sua capacità lavorativa potrebbe essere del 30-40%. Non so se il paziente è ancora seguito dallo psichiatra, vi lascio informare ed ev. chiedere se vi è una limitazione per motivi psichici. 1.7 Nella sua precedente attività di muratore il paziente è inabile al 100%. Non potrà svolgere la professione di muratore in futuro.” (doc. AI 86) Il curante ha allegato una certificazione del Servizio di cardiologia dell’Ospedale di _____ del 28 settembre 2015 attestante: “Diagnosi: 1. Cardiopatia ischemica con: esiti di infarto miocardico in sede inferolaterale avvenuto in maniera asintomatica esame ecocardiografico: buona funzione ventricolare sinistra con necrosi inferolaterale FRCV: dislipidemia, ipertensione arteriosa possibile, tabagismo. 2. Sincope di non chiara origine DD su pregresso IMA inferiore con massaggio dei seni carotidei nella norma (...) Ecocardiografia: Lieve ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro con buona funzione sistolica su acinesia infero-laterale. Atri normali. Assenza di grossolane valvulopatie. Normale il ventricolo destro, PVC 5 mmHg. Massaggio dei seni carotidei: Normale. (...) Valutazione e procedere: il paziente in maniera del tutto inaspettata a fronte di un ECG normale, presenta all’esame ecocardiografico gli esiti di pregressa necrosi in regione inferolaterale a carico del ventricolo sinistro. Tale infarto sarebbe avvenuto in maniera inavvertita da parte del paziente in quanto all’anamnesi odierna non sono riuscito a carpire una sintomatologia che potesse ricondurre ad un pregresso infarto. Per indagare meglio l'episodio sincopale ho eseguito anche un massaggio dei seni carotidei che però è risultato essere normale. In maniera del tutto speculativa si potrebbe ammettere che in data 24.08.2015 o qualche giorno prima ha avuto un infarto miocardico acuto in regione inferiore e che questo abbia provocato, in maniera transitoria, un blocco atrioventricolare alla base della sincope riferita. Infatti quest'ultima, senza prodromi, alla luce del reperto odierno fa propendere per una perdita di conoscenza secondaria ad un disturbo del ritmo. Tuttavia dopo il consulto, a distanza di due giorni dall'evento, presso il nosocomio di _____ non è stata in quell'occasione eseguito un valore della troponina e pertanto esprimersi sulla data dell’infarto miocardico acuto rimane difficile. Da parte mia verrà eseguita una scintigrafia del miocardio, Se quest'ultima dovesse confermare la presenza di una cicatrice miocardica senza evidenza di un'ischemia residua importante proseguirei unicamente in maniera conservativa evitando di sottoporlo ad una coronarografia. Per converso se la scintigrafia miocardica dovesse dimostrare la presenza di un'ischemia a quel punto la coronarografia sarebbe d'obbligo. Ho prescritto una statina, Aspirina Cardio e una minima dose di betabloccante (beta uno selettivo come il Concor) da adattare secondo clinica. Per quanto

concerne la presenza di un'extrasistolia ventricolare che scompare sotto sforzo quest'ultima probabilmente è da imputare alla BPCO sottostante e favorita dalla terapia con Seretide. Dopo l'esecuzione della scintigrafia ti informerò sul procedere.” (doc. AI 86) Il dr.

_____, pneumologo, nel rapporto del 6 novembre 2015, poste le diagnosi di BPCO GOLD III, tabagismo attivo e obesità, ha concluso per una completa capacità lavorativa per lavori fisici sedentari leggeri (doc. AI 88). Con annotazione 15 gennaio 2016 il medico SMR ha rilevato che l'episodio di infarto rilevato nell'agosto 2015 in maniera asintomatica non sembrava limitare ulteriormente la capacità lavorativa; per quanto riferito alla malattia polmonare la situazione sembrava invariata. Era per contro opportuno verificare la situazione psichica (doc. AI 93). L'amministrazione ha quindi interpellato il dr.

_____, il quale con rapporto 4 marzo 2016, poste le diagnosi di “ Stato regressivo con disturbi algici residui dopo incidente sul lavoro in una personalità a tratti paranoide F60.0”, ha rilevato che dall'ultimo rapporto l'assicurato non aveva più avuto bisogno di contatti psichiatrici regolari. Descrivendo la vita ritirata tenuta dall'assicurato, il quale segnalava delle fluttuazioni timiche che non necessitano richieste farmacologiche, ha rilevato che egli si presentava “ senza notevoli cambiamenti durante gli anni se non quello di apparire meno ansioso ”, rimarcando “ una presenza di sfiducia che si generalizza sulla maggior parte delle relazioni umane all'eccezione di famigliari stretti”. Definite “ inesistenti ” le potenzialità per riprendere un'attività lavorativa e osservato come attualmente non era in atto alcuna terapia, si è espresso riguardo alle raccomandazioni per la terapia futura nel senso che “ una terapia necessita di una sofferenza che permetta un minimo di richiesta quello che nell'attuale equilibrio e considerando la struttura rigida dell'assicurato non è attualmente il caso ”. Ha quindi concluso per un'incapacità lavorativa nell'ultima attività esercitata del 100% dall'agosto 2003 (doc. AI 97). Nell'annotazione 10 marzo 2016 il dr. _____ del SMR ha concluso che “ dalla documentazione prodotta agli atti non emerge uno stato di salute peggiorato, ma piuttosto consolidato. Situazione clinica invariata ” (doc. AI 98). Di conseguenza, l'amministrazione, con comunicazione 14 marzo 2016 dapprima, la decisione impugnata poi, ha confermato il diritto a tre quarti di rendita, con la motivazione che in base alla nuova documentazione medica acquisita agli atti il SMR aveva ritenuto che il suo stato di salute era rimasto invariato rispetto alle valutazioni mediche effettuate in precedenza (doc. AI 101). Nel suo ricorso l'assicurato contesta le conclusioni sostenendo in sostanza un peggioramento delle sue condizioni. Produce documentazione già agli atti oltre a un referto del 2 novembre 2015 relativo all'esecuzione della tomoscintigrafia miocardica perfusionale basale e da stress, concludente quanto segue: " L'indagine ha dimostrato esiti di una pregressa necrosi infero-laterale senza associati reperti significativi per la presenza di alterata perfusione miocardica indotta dallo stress farmacologico” (doc A7) Ha inoltre prodotto un rapporto 19 novembre 2015 del dr. _____, cardiologo, che riferito della scintigrafia miocardica eseguita, visti gli esiti (ossia “ gli esiti di una pregressa necrosi infero-laterale senza associati reperti significativi per la presenza di alterata perfusione miocardica indotta dallo stress farmacologico ”; doc A7), ha osservato che non valeva la pena sottoporre il paziente ad una coronografia, ma ad una cicloergometria e un Holter. Veniva infine sottolineato che era stato nuovamente raccomandato all'assicurato l'importanza di seguire la terapia prescritta e soprattutto di smettere di fumare (doc. A/8). Valutata la documentazione prodotta, il medico SMR dr. _____, nell'annotazione del

E. 7

giugno 2016 ha concluso che da tali certificazioni non era possibile dedurre un peggioramento della capacità lavorativa (doc. IV/1). Da tale conclusione, presa dopo

accurato esame del caso e della documentazione agli atti, questo Tribunale non ha motivo di scostarsi, osservato come il fatto – menzionato dal ricorrente (cfr. doc. VI) – di dover assumere giornalmente dei medicinali per il cuore non giustifica di per sé stesso un aumento dell'inabilità lavorativa. Anche la situazione polmonare dell'assicurato, da anni affetto da bronchite cronica, non ha del resto subito cambiamenti significativi, osservato come il dr. _____, pneumologo, nel rapporto del 6 novembre 2015, poste le diagnosi di BPCO GOLD III, tabagismo attivo e obesità, ha concluso per una completa capacità lavorativa per lavori fisici sedentari leggeri sul piano pneumologico (doc. AI 88). Per quanto infine riferito alla situazione psichica, dal rapporto del curante dr. _____ del 4 marzo 2016, emerge pure una situazione sostanzialmente invariata se non addirittura migliorata. In effetti nella sua attestazione lo psichiatra curante, confermate le diagnosi di “Stato regressivo con disturbi algici residui dopo incidente sul lavoro in una personalità a tratti paranoide F60.0”, definito il trattamento presso il suo studio “episodico”, ha rilevato che dall'ultimo rapporto l'assicurato non aveva più avuto bisogno di contatti psichiatrici regolari. Ha poi osservato che egli si presentava “senza notevoli cambiamenti durante gli anni se non quello di apparire meno ansioso”, concludendo, come già nella certificazione del 26 agosto 2004 (doc. AI 35), per un'incapacità lavorativa nell'ultima attività esercitata del 100% dall'agosto 2003 (doc. AI 97). Se è vero dunque che la valutazione della capacità lavorativa (0%) si discosta da quella espressa dai periti interpellati dall'amministrazione, dr. _____ e dr.ssa _____ (entrambi hanno concluso per una inabilità lavorativa del 50%; doc. AI 40 e 68), tale conclusione innanzitutto era dal dr. _____ già stata espressa nel 2004 (certificato 26 agosto 2004, doc. AI 35); inoltre la medesima si basa sostanzialmente sul medesimo quadro diagnostico e rappresenta quindi unicamente un diverso apprezzamento delle ripercussioni sulla capacità lavorativa del medesimo quadro patologico e diagnostico, non permettendo pertanto di distanziarsi da due referti peritali eseguiti da due specialisti (il dr. _____ e la dr.ssa _____) in maniera approfondita e nel rispetto dei principi giurisprudenziali, che hanno concluso, in due momenti diversi, in maniera univoca (consid. 2.8). Richiamate le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.6), l'immotivata differente valutazione dello psichiatra curante in punto all'esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su due dettagliate e convergenti perizie specialistiche. Considerato inoltre come il dr. _____ non abbia evidenziato alcuna modifica della situazione, se non addirittura un modesto miglioramento delle condizioni, a ragione l'amministrazione ha rinunciato a far esperire una nuova perizia psichiatrica. Questo Tribunale deve quindi concludere che a ragione l'amministrazione, sulla base delle pertinenti prese di posizione del SMR (doc. AI 93, 98 e doc. IV) ha concluso che la differente conclusione in materia di capacità lavorativa del dr. _____ non permette di ammettere l'intervento di un peggioramento delle condizioni dell'assicurato rilevante e tale da modificare il grado di invalidità accertato. A tali conclusioni si deve aderire, ritenuto altresì come l'ap-profondita valutazione eseguita dall'amministrazione non sia stata validamente smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate. Nel suo ricorso l'assicurato contesta in effetti le conclusioni senza tuttavia proporre argomentazioni o produrre

documentazione che possano in qualche modo rendere verosimile una rilevante modifica delle sue condizioni di salute. Già si è detto infatti che la nuova documentazione prodotta non è suscettibile di documentare la presenza di un peggioramento delle sue condizioni di salute. Al proposito va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). A questo riguardo va ricordato 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 nuovo disposto come pure del nuovo 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). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assistenza per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e 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. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Visto quanto sopra, questo Tribunale, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, condivide le affidabili e concludenti valutazioni dei medici SMR (cfr. più in generale sul valore

probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011 con rinvii e 9C_376/2007 del 13 giugno 2008; cfr. sopra al consid. 2.6), che, con annotazioni 15 gennaio 2016, 10 marzo e 7 giugno 2016, hanno valutato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti e sono giunti ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. La stessa stabilisce che lo stato di salute del ricorrente non ha subito un peggioramento, ma piuttosto un consolidamento, rilevato altresì come l'infarto rilevato nell'agosto 2015 in maniera asintomatica non sembrava limitare ulteriormente la capacità lavorativa del ricorrente (doc. AI 93, 98). In queste condizioni va respinta la richiesta, quantomeno implicita, dell'insorgente di un ulteriore approfondimento medico. Va a questo proposito evidenziato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Alla luce di quanto sopra esposto, in assenza di un peggioramento dello stato di salute con influenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente, rimasto invariato rispetto alla situazione presente in occasione della decisione del 14 aprile 2006 e, quindi, della conferma della prestazione del 3 dicembre 2009, a giusta ragione l'amministrazione ha respinto la domanda di aumento della rendita d'invalidità. La decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese di complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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