

TI_GERICHTE 32.2016.76 vom 4. Juli 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-07-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.76

FR: TI_GERICHTE 32.2016.76 du 4 juillet 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.76 del 4 luglio 2016

Regeste

Rendita intera soppressa dopo revisione d'ufficio. La perizia pluridisciplinare attesta un miglioramento: abile al 40% nell'attività precedente, abile al 100% in altre adeguate. Grado AI 29%. I certificati dei medici curanti non hanno dimostrato una situazione peggiore a quella valutata dal SAM

Erwägungen

E. 20

e 27 agosto 2015 presso il Servizio Accertamento Medico in ambito cardiologico, reumatologico e pneumologico. Nella perizia pluridisciplinare resa il 30 novembre 2015 (doc. 149) sono stati riassunti tutti gli atti medici messi a disposizione degli specialisti, sono state esposte le anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali), la descrizione della giornata, la terapia farmacologica in atto, le constatazioni obiettive, così come gli esiti degli esami di laboratorio, radiologici, cardiologici e pneumologici. Nel suo parere del 27 agosto 2015 (doc. 149 pag. 490) il dr. med. _____, FMH reumatologia e riabilitazione, ha ripercorso l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, professionale, ha evidenziato i dati soggettivi (anamnesi attuale e affezione attuale) e oggettivi dell'interessato (status reumatologico ed esami radiologici eseguiti il 12 agosto 2015). Quale diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa il perito ha individuato uno stato dopo frattura pluriframmentaria del perone e della tibia sinistra il 9 febbraio 2014, osteosintesi con placca O'Nil e viti alla tibia e filo di Kirschner al perone e stato dopo intervento d'asportazione del materiale di osteosintesi il 4 marzo 2015; lombalgie a carattere recidivante in assicurato che presenta un'anterolistesi di L5 su S1 di grado II su una spondilolisi bilaterale e alterazioni osteocondrosiche significative L5-S1 con spondilosi anteriore. Quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa il reumatologo ha indicato dei dolori cervico-toracali nell'ambito di leggere alterazioni di tipo statico; dolori alle spalle bilateralmente a carattere altalenante; sintomatologia dolorosa recidivante ai trocanteri bilateralmente. Nel pronunciarsi sulla capacità lavorativa dell'assicurato, il perito ha rilevato che, rispetto ad una precedente valutazione del 2011 dove si riteneva l'assicurato abile (nuovamente) in forma completa, la situazione era a quel momento leggermente modificata a seguito dello stato dopo una frattura pluriframmentaria del perone e della tibia a sinistra avvenuta il 9 febbraio 2014 che aveva richiesto una fissazione con osteosintesi con placca O'Nil e viti della tibia e un filo di Kirschner al perone. Il decorso post-operatorio era stato favorevole e nel marzo 2015 era stato asportato del materiale di osteosintesi. Dopo delle sedute di fisioterapia, a quel momento l'assicurato deambulava con delle scarpe con collo alto per una migliore stabilizzazione della caviglia e con dei plantari. Egli non si lamentava in modo particolare di questa problematica, ma v'era comunque una certa zoppia alla deambulazione quando camminava scalzo. V'era una

progressione dei dolori durante la giornata e quando faceva degli sforzi particolari (salendo e scendendo le scale). Clinicamente aveva dei gonfiori locali, aveva una buona mobilità della caviglia, ma un leggero attrito al movimento della stessa e dei dolori alla palpazione nella zona della rima articolare. Le indagini radiologiche mostravano un consolidamento della frattura con una deformazione soprattutto per quanto riguardava la parte articolare della tibia. Non v'erano ancora segni artrosici significativi. Alla colonna lombare v'erano dei disturbi piuttosto contenuti e a quel momento non invalidanti. V'era una buona mobilità senza segni particolari di instabilità o di tipo irritativo radicolare. Le indagini radiologiche mostravano già dei reperti significativi in particolare per quanto riguardava il segmento L5-S1, dove era presente un'anterolistesi di grado II su una spondilolisi con presenza di un'osteochondrosi già significativa e una spondilosi anteriore. Per quanto concerne le limitazioni funzionali, il reumatologo ha affermato che l'assicurato presentava delle limitazioni soprattutto alla caviglia sinistra, ciò che lo limitava in attività in cui doveva salire e scendere le scale ripetutamente soprattutto se scale a pioli, arrampicarsi su strutture metalliche, inginocchiarsi, tenere la caviglia sinistra flessa per lungo tempo, caricare in modo continuo, ripetuto e costante soprattutto se con trasporto di pesi sulla caviglia sinistra, mantenere sempre delle posizioni erette e dover lavorare sempre in piedi. Riguardo alla colonna vertebrale, doveva evitare lavori particolarmente pesanti e non ergonomici, soprattutto se associati a movimenti ripetitivi di rotazione e torsione del tronco. Era limitato nell'alzare dei pesi superiori ai 15kg e i 20kg ripetutamente. Nel determinare la capacità lavorativa dell'assicurato, il perito ha giudicato che nell'ultima attività svolta l'assicurato presentasse un'incapacità lavorativa del 30% (riduzione della redditività) dopo un mese dall'intervento chirurgico di asportazione del materiale di osteosintesi (marzo 2015). Prima di allora, dal 9 febbraio 2014 l'assicurato era totalmente inabile al lavoro a causa dei disturbi alla caviglia. Come casalingo era abile al 100% dall'aprile 2015. In un'attività adatta che tenesse conto dei limiti funzionali indicati l'assicurato era abile al lavoro in misura completa dall'aprile 2015, mentre dal 9 febbraio 2014 fino ad allora era totalmente inabile al lavoro. Secondo lo specialista v'era un rischio in futuro di un peggioramento per la caviglia sinistra con possibile sviluppo di un'artrosi secondaria ed eventualmente la necessità di un intervento protetico o di artrodesi. Consigliava quindi di non sovraccaricarla eccessivamente. Il reumatologo ha concluso che la patologia a livello muscolo-scheletrico poteva essere in parte sommata alla patologia cardio-vascolare. Il 20 agosto 2015 il dr. med. _____, FMH medicina interna e cardiologia, ha visitato l'assicurato e nel suo referto del 3 ottobre 2015 (doc. 149 pag. 499) ha esposto l'anamnesi, la terapia in atto, gli esiti dell'esame clinico, della cicloergometria e dell'ecocardiografia-Doppler. L'esame ha mostrato un ventricolo sinistro di dimensioni normali con una ipoacinesia infero-posteriore in sede medio-basale, una discreta ipocinesia laterale ed una FE che appariva ridotta in maniera minima al 57%. Si evidenziava inoltre una sclerosi della valvola mitrale e una disfunzione del muscolo papillare con insufficienza lieve. La capacità di sforzo appariva ridotta in maniera significativa, principalmente a causa di un decondizionamento fisico e di una certa mancanza di collaborazione, senza segni, per quanto valutabile, di ischemia significativa. L'assicurato presentava una malattia coronarica sottoposta in due occasioni a dilatazione coronarica. In seguito, a causa di dolori toracici persistenti, sono state eseguite ancora tre coronarografie, di cui l'ultima nel settembre 2014, senza che emergessero nuove alterazioni di rilievo e nelle quali si era confermato il buon risultato angiografico dopo dilatazione del RIVA e della RCX. Una recente scintigrafia aveva denotato una modesta ischemia miocardica peri-infartuaria il cui significato clinico era probabilmente da

considerarsi piuttosto modesto. L'assicurato lamentava cronicamente delle sensazioni dolorose al torace presenti praticamente tutti i giorni in sede retrosternale o parasternale a sinistra, caratterizzate talvolta da improvvise fitte molto marcate di 2-3 secondi seguite da un dolore più sordo che persisteva tutto il giorno. Secondo l'esperto, egli presentava una sintomatologia dalle caratteristiche atipiche e verosimilmente di preponderante origine extracardiaca e manifestava pure un grosso timore nei confronti della malattia coronarica e dei disturbi toracici, compatibile con una sindrome ansioso-depressiva con/su sindrome somatoforme da dolore cronico, perciò poteva essere utile una presa a carico psico-terapeutica/psichiatrica. Nel complesso, malgrado l'infarto miocardico inferiore, il quadro cardiologico non appariva particolarmente compromesso, ma era influenzato in maniera piuttosto negativa da un decondizionamento fisico e da uno sviluppo psicologico negativo nei confronti della malattia coronarica. Dal lato cardiologico la prognosi era da considerare tendenzialmente favorevole; dal lato terapeutico il consulente ha suggerito di ridurre/sospendere progressivamente dei farmaci vista l'assenza di indizi clinici e apparativi per una ischemia miocardica significativa. Per il perito, la diagnosi era di cardiopatia ischemica con/su: stato dopo NSTEMI il 15 aprile 2010; PTCA/DES RCX distale, PTCA/DES RIVA il 15 aprile 2010; PTCA/DES in-flow stent RCX media il 27 luglio 2012; coronarografia il 24 ottobre 2012: buon risultato angiografico in sede di precedente stenting della RCX e RIVA; scintigrafia miocardica da stress e riposo il 21 maggio 2013 (sforzo e Dipyridamolo): esiti di infarto miocardico pareti inferiori e infero-laterali, ischemia omosede e di più modesta entità al segmento basale della parte anteriore; coronarografia il 24 giugno 2013 buon risultato in sede di precedente stenting, stenosi 30% RCA prossimale; scintigrafia miocardica (Dipyridamolo) il 2 settembre 2014: acinesia dei segmenti prossimali della parete inferiore laterale, modesta ischemia residua perinecrotica; coronarografia il 29 aprile 2014: buon risultato in sede di precedente stenting, stenosi 30% RCA prossimale; ventricolo sinistro di dimensioni normali, ipocinesia infero-posteriore in sede medio-basale, discreta ipocinesia laterale, FE biplan 57%; lieve insufficienza mitrale; FRCV: stato dopo tabagismo smesso nel 2010, ipertensione arteriosa. Stato dopo frattura al metatarso del piede destro. Ipoacusia bilaterale. Silicosi polmonare anamnesticamente. Probabile sindrome ansioso-depressiva con/su sindrome somatoforme da dolore cronico. Nel rispondere alle domande sulla capacità lavorativa il perito ha ritenuto l'assicurato abile al 100% per attività leggere e moderate, mentre inabile totalmente per attività pesanti. Nella precedente attività, considerata probabilmente moderata-pesante, di meccanico in galleria, dal 15 aprile 2010 l'interessato presentava una capacità lavorativa del 50% evitando mansioni più onerose. Come casalingo era abile al 100%. Una riabilitazione cardio-vascolare e una presa a carico psichiatrica sono state consigliate dal perito come miglioramento della capacità lavorativa. La prognosi era favorevole. L'assicurato è stato visitato anche dal dr. med. _____, medicina interna e pneumologia, che il 3 settembre 2015 (doc. 149 pag. 504) ha redatto la sua perizia esponendo l'anamnesi e l'esame clinico. La diagnosi prevedeva che la TAC toracica ad alta risoluzione del 2012 con ispessimento dei setti inter-alveolari, micro-nodulazione e linfadenopatia mediastinica e nella loggia di Baretty avrebbe potuto indicare una silicosi incipiente. La radiografia toracica dell'agosto 2015 evidenziava comunque non ancora alterazioni che avrebbero potuto far pensare a tale patologia. L'impatto fisiologico di un'eventuale silicosi era comunque assai contenuto, avendo l'assicurato una spirometria normale e come unico valore alterato una lieve riduzione della DLCO/VA. Per questo motivo, l'assicurato non avrebbe più dovuto essere esposto ad ambienti dove un'ulteriore inalazione di materiale contenente SiO₂ avrebbe

potuto verificarsi. In un ambiente che rispettava le prescrizioni di igiene dell'aria ambientale avrebbe potuto svolgere lavori fino a livello medio-pesanti. La prognosi a medio-lungo termine era di una malattia stabile; non esistevano possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute. L'assicurato poteva continuare a effettuare la manutenzione di macchinari al 100% tenendo presenti le limitazioni indicate. Sentiti quindi tutti i periti coinvolti, globalmente il SAM ha posto le seguenti diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Cardiopatia ischemica con/su: - stato dopo NSTEMI il 15 aprile 2010; - PTCA/DES RCX distale, PTCA/DES RIVA il 15 aprile 2010; - PTCA/DES in-flow stent RCX media il 27 luglio 2012; - coronarografia il 24 ottobre 2012: buon risultato angiografico in sede di precedente stenting della RCX e RIVA; - scintigrafia miocardica da stress e riposo il 21 maggio 2013 (sforzo e Dipyridamolo): esiti di infarto miocardico pareti inferiori e infero-laterali, ischemia omosede e di più modesta entità al segmento basale della parte anteriore; - coronarografia il 24 giugno 2013 buon risultato in sede di precedente stenting, stenosi 30% RCA prossimale; - scintigrafia miocardica (Dipyridamolo) il 2 settembre 2014: acinesia dei segmenti prossimali della parete inferiore laterale, modesta ischemia residua perinecrotica; - coronarografia il 29 aprile 2014: buon risultato in sede di precedente stenting, stenosi 30% RCA prossimale; - ventricolo sinistro di dimensioni normali, ipocinesia infero-posteriore in sede medio-basale, discreta ipocinesia laterale, FE biplan 57%; - lieve insufficienza mitrale; - FRCV: stato dopo tabagismo smesso nel 2010, ipertensione arteriosa, dislipidemia. Pregressa frattura pluriframmentaria del perone e della tibia sinistri il 9 febbraio 2014 con/su: - osteosintesi con placca O'Nil e viti alla tibia, filo di Kirschner al perone; - pregresso intervento d'asportazione del materiale di osteosintesi il 4 marzo 2015. Lombalgie a carattere recidivante con/su: - anterolistesi di L5 su S1 di grado II; - spondilolisi bilaterale e alterazioni osteocondrosiche significative L5-S1 con spondilosi anteriore. E le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: Silicosi incipiente. Dolore cervicotoracali con/su: - leggere alterazioni di tipo statico; - dolori alle spalle bilateralmente a carattere altalenante; - sintomatologia dolorosa recidivante ai trocanteri bilateralmente. Anemia. Tinnito bilaterale. Il 13 novembre 2015 alle ore 11.55 è avvenuta fra i medici periti del SAM e il dr. med. _____ e il dr. med. _____ un'esauriente discussione per teleconferenza sullo stato di salute dell'assicurato, a seguito della quale gli specialisti hanno concluso che globalmente da inizio aprile 2015 egli presentava una capacità lavorativa del 40% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come conducente di macchine da cantiere e meccanico di macchine evitando attività pesanti e non lavorando a contatto con SiO₂. La riduzione della capacità lavorativa era dovuta alle patologie reumatologiche alla caviglia sinistra e al rachide, alla patologia cardiologica e pneumologica. Fermo restando le limitazioni funzionali indicate dal consulente reumatologo con riferimento alla caviglia sinistra e al rachide, dal cardiologo riferite alle attività leggere-moderate e dal pneumologo per le attività medio-pesanti ma non esposte ad inalazioni di materiale contenente SiO₂, i periti hanno giudicato l'assicurato abile al 100% in attività adatte da aprile 2015. Dei provvedimenti professionali volti all'integrazione erano sostenibili, mentre non v'era da aspettarsi alcun miglioramento funzionale con una terapia adeguata, perché era probabile in futuro un peggioramento per quanto riguarda la caviglia sinistra, con possibilità di sviluppo di un'artrosi secondaria. Nel suo rapporto finale del 3 dicembre 2015 (doc. 150) il medico SMR dottor _____ ha ripreso sia le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato poste dai periti del SAM sia i gradi di (in)capacità lavorativa da essi stabilite con le relative limitazioni funzionali. Con le sue osservazioni al progetto di decisione del 2 febbraio 2016,

così come con il suo ricorso davanti al TCA, l'assicurato ha prodotto una serie di certificati medici successivi alla perizia del Servizio Accertamento Medico. Si tratta di una lettera di dimissione riferita ad un ricovero dal 1° al 3 novembre 2015 presso _____ per angina instabile durante il quale è stata eseguita una coronarografia (docc. A7-A9). Vi sono poi due referti del 30 marzo 2016 (docc. A2 e A3) del dottor _____ di _____, specialista in cardiologia e cardiologia invasiva, suo medico curante, in cui si certifica che l'assicurato è affetto da cardiopatia ischemica cronica (Progresso IMA) trattata mediante angioplastica coronarica multivasale con impianto di stent a rilascio di farmaco. Angina cronica da verosimile vasospasmo coronarico e da ponte muscolare (Classe NYHA III). Il 31 marzo 2016 (doc. A4) il dottor _____ di _____ ha certificato che l'interessato era affetto da cardiopatia ischemica cronica già trattata con stent medicato con residua angina pectoris da probabile vasospasmo e che per questo motivo non era in grado di svolgere alcuna attività lavorativa. Su questi referti medici si è pronunciato il 5 aprile 2016 (doc. 166) il dr. med. _____ dell'SMR, il quale ha ritenuto necessario interpellare il Servizio Accertamento Medico (doc. 167) che, dopo averli sottoposti al consulente in cardiologia che già aveva visitato l'assicurato, il 20 giugno 2016 (doc. 172) ha ripreso le diagnosi, l'anamnesi e la valutazione riportate dallo specialista e ha concluso che non si poteva constatare un peggioramento del quadro clinico e si confermava la valutazione del 30 novembre 2015. L'assicurato era stato ritenuto abile al 40% nella precedente attività e al 100% in attività adeguate. Il dr. med. _____ ha fatto proprie il 21 giugno 2016 (doc. 173) queste conclusioni e ha confermato il suo rapporto del 3 dicembre 2015. Oltre a produrre i tre citati referti, con il ricorso l'assicurato ha trasmesso al Tribunale due altri rapporti medici. Nel primo, del 21 aprile 2016 (doc. A6), la dr.ssa _____, cardiologa, ha indicato le allergie, l'anamnesi patologica remota e prossima, gli esami ematici recenti, l'esame obiettivo, l'elettrocardiogramma, l'ecocardiogramma color doppler, la terapia domiciliare e le sue conclusioni, in cui ha affermato che “sospenderei Procoralan data la FC sempre troppo bassa, proseguire con Dilzene 60 x 2, seguirà consulto collegiale con cardiologi interventisti e cardiocirurghi circa la possibilità eventuale di trattamento vista l'angina refrattaria importante come impatto sulla qualità di vita, in nota angina vasospastica e ponte muscolare su DA noto. Verrà richiamato. Resto terapia invariata.”. Nel secondo referto, del 15 giugno 2016 (doc. A5) e sempre della medesima _____, si attesta di una visita cardiologica richiesta per l'abituale sintomatologia (sensibile a nitrato S.L., ultimo episodio nella notte), in cui sono stati descritti i risultati dell'ECG e dell'ecocardiogramma e consigliati ulteriori esami. Il dr. med. _____, medico SMR, il 28 luglio 2016 (doc. IV/1) si è espresso su questi e sui precedenti rapporti medici prodotti dall'assicurato con il ricorso. A suo dire, non risultava una modifica della situazione clinica rispetto alla situazione valutata dal perito dr. med. _____. Permaneva il sospetto di una componente vasospastica, senza però una nuova oggettività rispetto alla valutazione del SAM. 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). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del

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). 2.5. 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 cardiologiche, reumatologiche e

pneumologiche sono state chiarite in modo soddisfacente dai periti che l'Ufficio AI ha appositamente nominato e il cui parere è stato vagliato da due medici del Servizio Medico Regionale, che l'hanno confermato. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui sono giunti gli specialisti del Servizio Accertamento Medico dr. med. _____, _____ e _____ nella perizia pluridisciplinare del 30 novembre 2015 e nel complemento del 20 giugno 2016. A questi referti va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.4). A nulla valgono i referti dei medici curanti che il ricorrente ha prodotto. Su di essi si è espresso il perito cardiologo, che li ha esaminati nel maggio 2016 (doc. 172 pag. 572) prima della decisione di soppressione della rendita, affermando che “ A causa di precordialgie sia a riposo che da sforzo sensibili ai nitrati da circa 20 giorni il paziente viene di recente ricoverato per angina instabile. Negli atti a disposizione i disturbi toracici non vengono ulteriormente specificati. L'esame coronarico del 02.11.2015 risulta blando ad eccezione di un RIVA medio con decorso intramurale e, dopo somministrazione di nitrati intracoronarici, possibile compressione estrinseca moderata nonché moderato spasmo della RCX, risoluzione pure con nitrati. La rilevanza clinica di questi ultimi reperti non è chiara – nel referto della coronarografia non vengono segnalati sintomi clinici nel momento in cui gli spasmi sono apparsi – ed è difficile valutare se vi sia una relazione con i disturbi toracici che insorgono sia a riposo che sotto sforzo, in un paziente noto per disturbi in questa regione del corpo perlopiù atipici e per i quali è già stato sottoposto a tre indagini coronarografiche con esito nel complesso esito blando. Se veramente si trattasse di una forma angiospastica, si potrebbe probabilmente, con un adattamento della terapia farmacologica, ottenere un buon controllo. Nel complesso dunque gli atti messi a disposizione riguardo agli ultimi sviluppi cardiaci del paziente non mettono in risalto un peggioramento significativo del quadro clinico motivo per cui, dal mio punto di vista, non vi sono sensibili modifiche nella valutazione espressa in merito alla visita del 20.08.2015. ”. Uno solo fra i documenti trasmessi dal ricorrente indicava che era inabile al lavoro, ma poneva soltanto la diagnosi senza che il dottor _____ si dilungasse sul suo stato di salute. Per contro, tanto il cardiologo quanto il reumatologo nominati dall'amministrazione hanno compiutamente e dettagliatamente esaminato il ricorrente sia personalmente sia sulla base della folta documentazione medica agli atti. Gli stessi (il cardiologo) si sono pronunciati anche sui nuovi referti allestiti successivamente alle visite peritali. Inoltre, sugli ultimi due referti dell'aprile e del giugno 2016 si è direttamente pronunciato il medico SMR, non ritenendo che vi fossero motivi per modificare la situazione clinica rispetto a quanto valutato dal consulente cardiologo del SAM. Il dr. med. _____ ha osservato che permaneva il sospetto di una componente vasospastica diagnosticata dai medici _____, ma ha rilevato che la stessa non era oggettivata rispetto alla precedente valutazione del Servizio Accertamento Medico. In altre parole, i medici curanti non sono riusciti a dimostrare una situazione peggiore rispetto a quella valutata dai periti del SAM. La semplice indicazione che il ricorrente era totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa (dottor _____) non può essere considerata come prova sufficiente per riconoscere a tutti gli effetti questo stato di salute. Non va poi dimenticato di rilevare che l'insorgente non ha neppure evidenziato dei problemi di carattere reumatologico ed ortopedico dovuti ai disturbi alla caviglia sinistra e alla colonna vertebrale, ma che è stato soltanto il perito reumatologo che li ha individuati e che li ha considerati nella determinazione del grado di incapacità lavorativa dell'assicurato. Per quanto concerne i non meglio identificati problemi psichici sollevati dall'interessato nel suo atto ricorsuale, allorquando ha affermato che “ ha elaborato una situazione psico-fisica

con una mal celata visione del suo futuro ” (doc. I), va qui evidenziato che in effetti il dr. med. _____ nel suo referto del 3 ottobre 2015 ha riferito che l’interessato manifestava pure un grosso timore nei confronti della malattia coronarica e dei disturbi toracici, sintomi che il perito cardiologo ha ritenuto compatibili con una sindrome ansioso-depressiva con/su sindrome somatoforme da dolore cronico e per la quale ha suggerito una presa a carico psichiatrica. Questa conclusione è poi stata anche riportata nelle diagnosi poste dal cardiologo (“ 5. Probabile sindrome ansioso-depressiva con/su sindrome somatoforme da dolore cronico ”), ma non in quelle conclusive del Servizio Accertamento Medico. A prescindere da questa circostanza, che non occorre indagare ulteriormente, va però evidenziato che la valutazione psichiatrica proviene da un medico cardiologo e quindi non specialista della disciplina in esame, il quale nemmeno ha posto una diagnosi secondo un sistema di classificazione internazionale riconosciuto scientificamente (DTF 130 V 396; STF 9C_636/2013 del 25 febbraio 2014; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012, consid. 5.2; STCA 36.2014.90 del 5 marzo 2015). Determinante, inoltre, è che le sintomatologie riscontrate non costituivano elementi clinici significativi per una sindrome ansioso-depressiva con/su sindrome somatoforme da dolore cronico aventi valore di malattia e quindi sufficienti per porre le relative diagnosi. L’aver constatato (soltanto) dei grossi timori nei confronti della malattia coronarica e dei disturbi toracici non è ancora sufficiente per trarre una simile conclusione. Per di più, fra i tre periti nominati dall’Ufficio AI, soltanto il dr. med. _____ ha individuato tale problematica. Il TCA rileva che, da parte sua, il reumatologo dr. med. _____ ha unicamente segnalato che “ L’assicurato è particolarmente preoccupato dalle problematiche cardio-vascolari ”, ma nulla di più, ossia non ha indicato quali sarebbero state queste preoccupazioni e quali atteggiamenti avrebbe avuto l’interessato tanto da concludere anch’egli, come il consulente in cardiologia, per la presenza di una problematica psichiatrica invalidante . Ciò dimostra che tali sintomi non erano poi così riconoscibili. Il ricorrente si è limitato a sostenere di avere problemi psico-fisici, senza però comprovare mediante specifici certificati medici questa sua affermazione relativa ai disturbi psichici. 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 è dunque venuto meno al suo obbligo di comprovare le sue allegazioni con riferimento all’ipotesi della presenza di disturbi psichici. Quanto alla problematica somatica, egli ha sì

certificato la sua situazione mediante specifica documentazione medica, ma la stessa, attentamente valutata dal medesimo cardiologo che l'ha peritato nell'agosto 2015, e successivamente anche dal medico SMR, che poiché ricalcava le note condizioni di salute non ha ritenuto necessario trasmettere anche i più recenti referti medici al SAM per un'ulteriore valutazione specialistica, si è rivelata poi essere ininfluenza e quindi non atta a modificare la presa di posizione degli esperti che l'hanno peritato nell'estate del 2015. In sostanza il ricorrente si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità che non avrebbe sufficientemente vagliato le sue condizioni, mentre non ha saputo comprovare le sue lamentele, i referti medici prodotti non essendogli di aiuto per quanto concerne la problematica psichica e quella somatica (cardiologica e reumatologica). Non va da ultimo dimenticato di osservare che anche diversi medici SMR si sono pronunciati nel corso degli anni sullo stato di salute del ricorrente, prendendo in considerazione non solo la perizia pluridisciplinare SAM, ma anche i rapporti dei medici curanti, i quali, per contro, non si sono sufficientemente confrontati con i referti allestiti dai periti e dai medici SMR. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio finale, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurato in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. In tali circostanze, le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate, devono essere respinte, siccome prive di substrato medicalmente oggettivabile. Il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente, ritenendolo quindi abile al 40% nella sua precedente attività di conducente di macchine da cantiere e di meccanico d'officina rispettivamente abile al 100% in attività adeguate che rispettino i limiti posti dai periti in ambito reumatologico, cardiologico e pneumologico. 2.6. Stante quanto precede e poiché l'aspetto economico non è stato contestato dall'assicurato, ciò che porta il TCA a non verificare il calcolo effettuato dall'amministrazione, la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso integralmente respinto. 2.7. 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.