

## **TI\_GERICHTE 32.2018.154 vom 3. August 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-08-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.154](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.154)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.154 du 3 août 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.154 del 3 agosto 2018

### **Regeste**

Terza domanda di prestazioni AI. Il TCA ha analizzato tutti i documenti agli atti e, fondandosi sui dettagliati e completi pareri dell'SMR, ha concluso che fra la 2a e la 3a domanda AI non c'è stato un peggioramento tale da ammettere una diminuzione dell'abilità lavorativa dal 70% al 50% come sostenuto

### **Erwägungen**

#### **E. 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).

2.3 Inoltre, trattandosi di una nuova domanda di prestazioni AI, va ricordato che giusta l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2, che prevede che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Se tale condizione non è soddisfatta, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pag. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 cpv. 1 LPGA si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C\_916/2009 consid. 5.2; art. 41 vLAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi, *Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen*, in Schaffauer/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione

invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità ( DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; 9C\_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2; STF 9C\_378/ 2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013).

2.4 Nel caso di specie, l'assicurato ha inoltrato una prima domanda di prestazioni nel 2013, una seconda nel 2016 e una terza, oggetto del contendere, nel febbraio 2018. Per ogni domanda, l'Ufficio AI ha richiamato dai medici curanti la documentazione determinante e, unitamente ai referti prodotti dall'interessato, l'ha di volta in volta sottoposta al Servizio Medico Regionale per valutazione. Per quanto concerne la domanda qui in esame, la stessa è stata presentata dopo l'evento che il 4 dicembre 2017 ha portato il ricorrente ad essere ricoverato d'urgenza presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ a seguito di plurimi episodi tachiaritmici ventricolari che hanno necessitato 8 scariche di defibrillatore. L'inabilità lavorativa è stata totale dal 4 al 20 dicembre 2017 e tale circostanza non è contestata dalle parti. Nel suo rapporto finale SMR del 17 aprile 2018 (doc. 72) il dr. med. \_\_\_\_\_, valutata l'intera documentazione medica agli atti, ha tratto le proprie conclusioni senza necessità di visitare l'assicurato. Egli ha posto la diagnosi di cardiomiopatia dilatativa di incerta eziologia (post-miocarditica, DD idiopatica) su/con ricovero presso il pronto soccorso di \_\_\_\_\_ il 23 dicembre 2017 e ripetuti episodi di TV sostenuta con 8 scariche di defibrillatore il 4 dicembre 2017. Per il medico SMR la capacità lavorativa dell'assicurato era del 70% dal 10 novembre 2015, del 100% dal 1° luglio 2017, dello 0% dal 4 dicembre 2017 e nuovamente del 70% dal 20 dicembre 2017, e ciò in qualsiasi attività lavorativa. Quali limitazioni funzionali e di carico, il dr. \_\_\_\_\_ ha stabilito che il carico massimo era di 5kg e che l'assicurato necessitava di effettuare pause non incluse nella capacità lavorativa del 70%, a seconda delle sue necessità. In conclusione, al di là degli episodi acuti necessitanti ricovero ospedaliero e a seguito della presa in visione del mansionario lavorativo dell'assicurato, per il medico SMR la situazione clinica poteva essere considerata identica a quella già valutata dal cardiologo dr. med. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 28 luglio 2016. Del resto, la MRI del 17 luglio 2012 permetteva di stimare una frazione di eiezione del 30% con ipocinesia globale, acinesia della parete antero-settale ed anteriore medio-basale, mentre l'EcocardioTT del 5 dicembre 2017 stimava una FE del 36%. Per questi motivi, il progetto di decisione del 19 aprile 2018 (doc. 73) ha respinto la richiesta di prestazioni AI dell'assicurato stante una capacità lavorativa del 70% dal 20 dicembre 2017 in qualsiasi attività e il minor discapito economico veniva raggiunto nell'abituale attività lavorativa che l'assicurato stava svolgendo e quindi il grado di invalidità corrispondeva con l'inabilità lavorativa (30%). Il 3 maggio 2018 (doc. 86) il medico curante del ricorrente, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, ha direttamente scritto all'Ufficio AI spiegando di seguire l'assicurato dal 1988, al quale nel 2012 è stato impiantato un defibrillatore in seguito a una miocardite dilatativa e che, malgrado una notevole riduzione della capacità fisica, ha potuto lavorare con alcune interruzioni dal 70% al 100% fino al 4 dicembre 2017, quando ha subito 8 shock dal defibrillatore a causa di una tachicardia ventricolare sostenuta. Il curante ha segnalato che

da allora l'interessato soffriva di una grave sindrome ansiosa già presente in passato, ma in modo leggero, oltre a disturbi dispeptici con calo ponderale da 82kg a 75kg da dicembre a ora, frequentemente di sensazioni vertiginose con sensazione di palpitazioni che l'hanno costretto il 1° maggio 2018 a chiamare l'ambulanza. Dal 5 al 20 dicembre 2017 l'assicurato è stato inabile al lavoro in ragione del 100% e dal 21 dicembre 2017 al 50%. A suo dire, l'abilità lavorativa in futuro non avrebbe potuto essere aumentata a causa dei gravi problemi cardiaci oltre alla grave sindrome ansiosa che è stata causata dal grave episodio del mese di dicembre 2017. Nelle sue osservazioni del 13 maggio 2018 (doc. 87) l'assicurato ha rilevato che a seguito dell'evento del 4 dicembre 2017 di tachicardie ventricolari, la sua qualità di vita era notevolmente diminuita. Egli ha indicato di non essere più in grado di spostarsi in bicicletta o in treno per recarsi al lavoro, ma di doversi fare accompagnare in automobile e di fare fatica anche a salire solo una rampa di scale. L'interessato ha pure evidenziato il notevole calo ponderale avvenuto in pochi mesi accompagnato da continui episodi di malessere dovuti, pare, all'aumento dei farmaci prescritti per limitare il rischio di altri episodi di aritmie. Unitamente a queste osservazioni, l'interessato ha trasmesso all'amministrazione uno scritto, datato 2 aprile 2018 (doc. 85), in cui ha riportato i sintomi ricorrenti dopo l'evento del 4 dicembre 2017. Il Servizio Medico Regionale si è pronunciato il 17 maggio 2018 (doc. 91) su queste osservazioni, rilevando quanto segue: " Rispetto ai " disturbi dispeptici " non meglio definiti e citati dal medico curante Dr. med. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 03.05.2018, si risponde che essi non costituiscono una patologia codificata secondo ICD-10 e, in quanto disturbi dispeptici senza alcuna contestualizzazione, non forniscono alcun elemento che dimostri una qualche ricaduta negativa sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Peraltro, in linea teorica, il calo ponderale da 82 a 75kg in cinque mesi (da Dicembre a Maggio 2018), rappresenta piuttosto un beneficio per la situazione clinica dell'assicurato. Stesso dicasi per le riferite, e non meglio definite, " sensazioni vertiginose e sensazione di palpitazioni " che da sole non costituiscono alcuna nuova diagnosi. Per il resto, non si dispone di alcun rapporto medico relativo all'intervento dell'ambulanza in data 01.05.2018: cosa è stato rilevato dai colleghi? Quale diagnosi è stata posta? Che tipo di terapia è stata approntata? Si è reso necessario un ricovero? Se sì, qual è stato il procedere medico successivo? Infine, rispetto alla non meglio specificata " grave sindrome ansiosa " invocata dal medico curante, si ribadisce che essa non è una diagnosi codificata secondo ICD-10 e, in ogni caso, non è stata posta da uno specialista FMH in Psichiatria e Psicoterapia. Peraltro l'assicurato non è seguito da alcun psichiatra. Riguardo ai sintomi comunicati dall'assicurato con scritto del 02.04.2018, dobbiamo anche qui ricordare che, in quanto sintomi, non rappresentano nuove condizioni patologiche oggettivate e con influsso sugli aspetti valetudinari rispetto a quanto noto e valutato. In assenza di nuove diagnosi mediche (ossia poste da medici abilitati all'esercizio della professione medica) codificate secondo ICD-10 ed oggettivate in ambito specialistico mediante indagini di laboratorio e/o strumentali, non è possibile procedere ad un riesame del caso. Pertanto, si confermano integralmente i contenuti del RAF del 10.04.2018." Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna e cardiologia, il 7 maggio 2018 (doc. 93) ha riferito del controllo avvenuto quel giorno del funzionamento del defibrillatore dell'assicurato, che aveva segnalato solo brevi episodi di TV non sostenute (3). Il cardiologo ha riferito che l'interessato aveva tratto solo un discreto beneficio dalla recente riduzione della dose di Betabloccante sui sintomi di astenia inappetenza malessere aspecifici, perciò ha aumentato nuovamente il Metozeok 50mg a 1-0-1, sospendendo però contemporaneamente probatoriamente il Cordarone che il paziente era convinto essere stato

(ed essere) la causa principale dei suoi disturbi anche per la loro insorgenza quasi concomitante all'assunzione del Cordarone. Lo specialista ha evidenziato che globalmente l'assicurato non godeva di una soddisfacente qualità di vita e che ulteriori approfondimenti erano già previsti, primo fra i quali una gastroscopia. In caso di esito negativo si dovevano considerare anche patologie meno frequenti da indagare. La situazione clinica dell'interessato, la instabilità ritmica e gli effetti collaterali dei farmaci (indicati in modo assoluto) non permettevano una abilità lavorativa oltre al 50% per qualsiasi attività. Il 30 luglio 2018 (doc. 101) il dr. med. \_\_\_\_\_ si è pronunciato su quest'ultimo referto, affermando che esso non modificava in alcun modo le conclusioni espresse il 17 aprile 2018. La decisione formale del 3 agosto 2018 (doc. A1) ha confermato il rifiuto di concessione di una rendita di invalidità stante una capacità lavorativa del 70% dal 20 dicembre 2017. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto al TCA il referto del 4 settembre 2018 (doc. A2) del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha confermato quanto già espresso in precedenti rapporti e meglio che la situazione ritmica, pur ora senza elementi di allarme a breve termine, rimaneva sicuramente fragile e potenzialmente instabile, da un lato per le bradicardie a riposo e dall'altro per la frequente extrasistolia ventricolare con qualche accesso tachicardico non sostenuto, purché a volte piuttosto lento. Al recente Holter v'erano state anche coppie ventricolari con pause. Lo specialista ha precisato che come già successo in passato, queste aritmie avrebbero potuto sfociare in tachicardie vere e proprie con rischio di dover poi subire una scarica del defibrillatore, cosa che evidentemente doveva essere evitata. Egli ha specificato che già era stato ridotto il Cordarone per effetti collaterali e dunque, visto che la situazione attuale sembrava abbastanza stabile, il cardiologo non ha ritenuto opportuno effettuare attività lavorative implicanti stress fisici, ma nemmeno psichici prolungati che avrebbero potuto andare a peggiorare le aritmie; inoltre, la terapia farmacologica attuale favoriva astenia e difficoltà di concentrazione, ma si trattava di una terapia assolutamente indicata che doveva essere seguita. Alla luce di questa situazione e del mancato potenziale di miglioramento della frazione da eiezione, vista la stabilità da ormai tantissimo tempo a un valore comunque basso, per il dr. \_\_\_\_\_ era imperativo e assolutamente giustificabile una invalidità al 50% per qualsiasi tipo di attività lavorativa. Prima di allestire la sua risposta di causa, l'Ufficio AI ha di nuovo interpellato il Servizio Medico Regionale chiedendo di prendere posizione su questo parere e sul memoriale ricorsuale. Il 24 settembre 2018 (doc. IV/1) il dr. med. \_\_\_\_\_ si è così espresso: " Il rappresentante legale dell'assicurato, nel suo ricorso al TCA del 13 settembre 2018, afferma che dagli episodi di tachicardia ventricolare sostenuta occorsi in dicembre 2017, che hanno attivato otto scariche da parte del defibrillatore, l'assicurato avrebbe sviluppato una grave sindrome ansiosa, disturbi dispeptici con importante ed inspiegabile calo ponderale, oltre a non meglio specificate sensazioni vertiginose. Rimandando alla precedente presa di posizione SMR del 17.05.2018, sulle suddette questioni, si ricorda che: - I "disturbi dispeptici" non costituiscono alcuna diagnosi medica codificata secondo ICD-10 e, come tali, non hanno alcuna ricaduta sugli aspetti valetudinari dell'assicurato; - Anche "l'inspiegabile calo ponderale", non costituisce alcuna diagnosi medica se non un segno clinico. Inoltre, non vi è alcuna descrizione di stato cachettico da parte di alcun medico, per cui, anche in questo caso, non possono esservi ricadute sul piano valetudinario; - Le non meglio specificate "sensazioni vertiginose" e "sensazioni di palpitazioni", non costituiscono, anch'esse, alcuna diagnosi medica ma solo sintomi riferiti dall'assicurato che non giustificano ricadute valetudinarie, tenuto conto soprattutto della stabilità ritmica attestata dal collega \_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 04.09.2018; - La grave sindrome

ansiosa non costituisce, come le altre descrizioni, alcuna patologia codificata secondo ICD-10, oltre a non essere mai stata attestata da un medico specialista in psichiatria. Non risulta, infatti, alcuna presa a carico psichiatrica, come non risulta, dagli atti, alcuna terapia psicofarmacologica assunta dall'assicurato per trattare l'ansia. Il rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 04.09.2018 descrive una situazione ritmica attuale senza elementi di allarme a breve termine. Il collega prosegue affermando di non ritenere opportuno che l'assicurato svolga attività lavorative implicanti stress fisici ma nemmeno psichici prolungati. In questa sede, si è ritenuto opportuno verificare se l'assicurato, nel corso della sua attività lavorativa abituale, va incontro frequentemente o anche occasionalmente a stress di tipo fisico o psichico, benché il collega \_\_\_\_\_, nel suo rapporto del 04.09.2018, parla unicamente di stress prolungati. Abbiamo anche cercato l'eventuale presenza di un concreto rischio ambientale per il manifestarsi di episodi di tachicardia ventricolare sostenuta. Ora, dal questionario del datore di lavoro del 08.03.2018 emerge che l'assicurato esegue lavori alla scrivania solo talvolta nell'arco della giornata lavorativa (max 3h), programmazione macchine talvolta (da 1/2 a max 3h), formazione personale e manutenzione raramente (max 1/2 h), mantenimento della posizione seduta, camminare e stare in piedi talvolta (da 1/2 a max 3h), sollevare e portare pesi da 0 a oltre 25 kg raramente - tuttavia, si deve tener conto del limite di carico massimo di 5 kg stabilito dal SMR -. Infine, la capacità di attenzione/concentrazione, nonché la responsabilità richiesta, risulta rilevante, mentre la capacità di resistenza e di precisione rimane media. Da questa descrizione e quantificazione dell'attività lavorativa, che è poi quella ufficiale, non si evincono condizioni di particolare stress emotivo o fisico, né occasionale né prolungato, soprattutto in considerazione dei limiti di carico da noi stabiliti. Dal medesimo questionario, non risulta nemmeno un contatto diretto con il pubblico di tipo continuato con richieste pressanti della clientela e nemmeno un ambiente lavorativo dove sia necessaria una straordinaria competitività. Non abbiamo, inoltre, alcuna nozione dell'esistenza di conflitti nel luogo di lavoro. Pertanto, a nostro avviso mancano tutte quelle condizioni in grado di configurare uno stress di qualsivoglia natura, di durata anche minima oltre che prolungata. Si fa, poi, notare che l'episodio di tachicardia ventricolare sostenuta che ha attivato il defibrillatore è occorso ormai nove mesi fa. Con una cadenza di questo genere, e con una situazione clinica stabile e senza elementi di allarme a breve termine, oltre che con un'attività lavorativa priva di stress fisici e psichici, meno che meno è possibile sostenere una incapacità lavorativa continua del 50% in ogni attività. Circa gli effetti collaterali sistemici (astenia e difficoltà di concentrazione) della terapia farmacologica assunta dall'assicurato, si osserva che non è presente agli atti alcun esame fisico obiettivo che dimostri una diminuzione della forza e della resistenza muscolare incompatibile con la capacità lavorativa stabilita in ambito SMR, né risulta una valutazione neuropsicologica che definisca eventuali aspetti deficitari sulla performance neurocognitiva dell'assicurato. Alla luce di quanto esposto, una attestazione di IL del 50% in ogni attività risulta sproporzionata rispetto alla realtà lavorativa dell'assicurato e, soprattutto, rispetto ai limiti funzionali e di carico stabiliti nel RAF SMR del 17.04.2018 che qui desidero ricordare:

## **E. 5**

kg di carico massimo con pause supplementari tutte le volte che si rende necessario, da considerare non incluse, oltre ad un'attestazione di CL del 70% intesa come riduzione del tempo di presenza. Si confermano pertanto tutte le precedenti prese di posizione SMR e non è necessario procedere mediante ulteriori accertamenti specialistici. ". Con le sue osservazioni del 22 ottobre 2018 (doc. VI) il ricorrente ha prodotto numerosa

documentazione medica che porta dal 2014 al 2018. Fra questi atti medici vi sono i risultati degli esami cardiologici effettuati nel 2012, nel 2014, nel 2015, nel 2016 e nel 2018 (ecocardiografia transtoracica e ecocardiografico), 14 rapporti allestiti dal dr. med. \_\_\_\_\_ fra il 2014 e il 2018, l'ultimo dei quali il 4 settembre 2018, le consultazioni al pronto soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 23 dicembre 2017 (doc. B21), del 31 marzo 2018 (doc. B22) e del 1° maggio 2018 (doc. B23), il certificato di inabilità lavorativa del 4 maggio 2018 (doc. B25) allestito dal dr. med. \_\_\_\_\_ e la sua ricetta del 22 marzo 2018 per Mirtazapin e Valverde sciroppo lassativo, i certificati del 5 giugno 2018 (doc. B26), del 5 luglio 2018 (doc. B28), del 9 agosto 2018 (doc. B29) e del 6 settembre 2018 (doc. B32) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, che ha attestato un'inabilità lavorativa al 50% per tempo indeterminato e ha prescritto Temesta e Librax (docc. B27 e B30) e infine il certificato medico della stessa dr.ssa med. \_\_\_\_\_, sempre del 6 settembre 2018 (doc. B31), che ha dichiarato l'assicurato inidoneo a partecipare alle misure di reinserimento professionale proposte fino a quel momento, rilevando come egli fosse limitato nella distanza degli spostamenti con raggio massimo di 10km essendo carente di autonomia per importanti motivi di salute e terapeutici. Alcuni dei citati referti sono presenti agli atti, mentre altri vanno qui esposti, con particolare riguardo ai più recenti che inglobano per lo più anche il quadro clinico presente tra la seconda decisione (gennaio 2017) e la terza domanda AI (febbraio 2018). La lettera di dimissione del 31 marzo 2018 (doc. B22) dal Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ espone la diagnosi di disturbi dispeptici di origine non chiara con/su verosimili fenomeni lipotimici correlati. Sono descritti l'anamnesi, lo status, gli esami complementari significativi, la terapia effettuata in ospedale e la terapia alla dimissione. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che in merito ai disturbi che l'interessato ha riferito di avere da diverso tempo ma in peggioramento nelle ultime settimane, non sono state osservate sindrome infiammatoria né anemia. È stato suggerito al medico curante di prevedere EGDS e colonscopia, nel frattempo è stato impostato trattamento probatorio con IPP. È stata infine certificata una inabilità lavorativa del 100% dal 31 marzo al 3 aprile 2018 compreso. Il 24 aprile 2018 (doc. B18) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di cardiomiopatia dilatativa, verosimilmente post-miocarditica, DD idiopatica, con: attualmente FE 35% di un ventricolo sinistro dilatato, con volume telediastolico indicizzato a 100ml/m<sup>2</sup>, grave ipocinesia diffusa, quasi acinesia del setto anteriore-basale, ipocinesia dei restanti segmenti, migliore contrattilità infero-laterale, alterato rilasciamento diastolico, dilatazione biatriale; pregresso impianto ICD bicamerale Boston Scientific Incepta 14.08.2012; stato dopo shocks appropriati dell'ICD per tachicardie ventricolari sostenute post-stress (12.2017); stato dopo FA su stimolazione continua dell'atrio tramite funzione "pace" del defibrillatore; stato dopo coronarografia (07.2012) con coronarie indenni; attualmente: continue e brevi tachicardie ventricolari non sostenute, asintomatiche, bradicardia sinusale importante con ridotto incremento cronotropo. Il curante ha visitato l'assicurato per valutare il decorso dopo avere iniziato la terapia con Cordarone, a seguito della quale ha accusato un malessere generale con peggioramento dell'astenia, inappetenza, senso di peso epigastrico e dimagrimento. Non v'erano più stati episodi aritmici soggettivi, interventi del defibrillatore, sintomi dispnoici, ortopnea, angor o svenimenti. Dopo avere indicato la terapia in corso, l'esito dell'elettrocardio-gramma a riposo, dell'ecocardiografia transtoracica e dell'Holter, nella sua valutazione lo specialista ha affermato che la situazione cardiaca dell'assicurato era caratterizzata da un'importante bradicardia che certo si era ulteriormente aggravata dopo l'introduzione di Cordarone e persisteva nonostante per questo motivo fosse già stata

dimezzata la dose del farmaco. Tale bradicardia influiva sicuramente sulla qualità di vita, mentre la frazione ad eiezione rimaneva stabile rispetto a quanto già evinto a dicembre e dunque egli non pensava che fosse essa la causa di questo peggioramento globale. Per ovviare alla bradicardia ha proposto di inserire la funzione di risposta in frequenza del pace-maker, ma l'interessato ha rifiutato, perciò ha ridotto ulteriormente il betabloccante, conscio del rischio che potessero esservi ulteriori aritmie ventricolare pur che egli reputava bassa questa eventualità visto che comunque il Cordarone proseguiva. Ad ogni modo il cardiologo ha spiegato che betabloccante o Cordarone, qualcosa si doveva prescrivere all'assicurato per proteggerlo da episodi tachiaritmici e dunque il problema della bradicardia sarebbe persistito. Egli ha infine consigliato di dosare l'ormone della crescita. Nella lettera di dimissione del 1° maggio 2018 (doc. B23) il dr. med. \_\_\_\_\_ del Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di malessere generale con/su rialzo delle frequenze cardiache conseguente ad esercizio fisico, stato di disidratazione. Ha poi riproposto l'anamnesi, ha indicato lo status, gli esami complementari e la terapia effettuata in loco. Nella sua valutazione il medico assistente ha osservato, nella breve degenza presso il Pronto Soccorso, un buon profilo pressorio e delle frequenze cardiache comprese tra 50-60 bpm. Il paziente è quindi stato idratato mediante fluidi in vena, gli è stato consigliato riposo e i medici sono rimasti in attesa della nuova consulenza cardiologica e gastroenterologica. Nel suo rapporto del 10 agosto 2018 (doc. B19) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha riferito dell'esame con Holter effettuato qualche giorno prima, confermando quindi una situazione aritmica nota con l'extrasistolia ventricolare e i Run che conoscevano e che per fortuna non sembravano essere mai più degenerati in qualcosa di sostenuto rispettivamente necessitante intervento del defibrillatore. Lo specialista ha indicato che le frequenze cardiache bradicardiche erano un po' il prezzo da pagare per la terapia betabloccante, le ORS erano però apparentemente ben tollerate e comunque in generale il paziente stava meglio rispetto a quando assumeva il Cordarone. A suo dire, l'equilibrio ritmico era raggiunto, purché si mantenesse piuttosto labile e certo meritevole di protezione da stress psico-fisici. Per tali motivi, egli ha ritenuto ingiustificata e contestabile la decisione dell'Ufficio AI di negare una rendita al 50%. Il 25 ottobre 2018 (doc. VIIIbis) il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale si è pronunciato dapprima sulle osservazioni del patrocinatore del ricorrente, poi sui numerosi referti medici da quest'ultimo prodotti pendente causa. Nella prima parte del suo rapporto egli si è così espresso: " All'affermazione di cui al paragrafo 1, IV rigo del III capoverso di pagina 2, secondo cui " da quel momento è iniziato un vistoso declino fisico con conseguente riduzione dell'attività lavorativa" si risponde che, a parte la situazione cardiovascolare ben nota e già valutata, nonché rimasta stabile dal punto di vista emodinamico, con una FE che non si è mai ulteriormente ridotta dal 2012, come si vedrà più avanti, non è stato mai oggettivato alcun declino fisico dal 4 dicembre 2017. Al IV capoverso del medesimo paragrafo, alla frase: "l'unica sopportabile per il signor RI 1 era del 50%, dato il costante stato di malessere", si risponde che il costante stato di malessere dell'assicurato non era e non è attualmente indice di ulteriore progressione della cardiomiopatia nota, bensì degli effetti indesiderati della terapia con Amiodarone (Cordarone), farmaco antiaritmico prescritto in associazione al Metoprololo per la profilassi secondaria di episodi di tachiaritmie ventricolari sostenute. Si ricorda, comunque, che quelli gastroenterici sono tra gli effetti indesiderati più comuni dell'Amiodarone, e si manifestano già in monoterapia. A questo proposito, l' OPTIC Study: "A Randomized Trial. Stuart J. Connolly, MD; Paul Dorian, MD; Robin S. Roberts, MTech; et al" , ha dimostrato che nei pazienti portatori di ICD in prevenzione secondaria in

trattamento con  $\beta$ -bloccante, gli shock si verificano comunemente nel primo anno dopo l'impianto di ICD. L'Amiodarone più beta-bloccante è efficace per prevenire questi shock ed è più efficace del Sotalolo (beta-bloccante) ma ha un aumentato rischio di effetti collaterali. Nel gruppo Amiodarone +  $\beta$ -bloccante si sono verificati i più alti tassi di effetti collaterali polmonari (7 casi), tiroidei (6 ipotiroidismo e 2 ipertiroidismo), cutanei (4 casi) ed otto casi di bradicardia sintomatica. Dal canto suo, l'Amiodarone, oltre ad una superiore efficacia nei confronti degli altri farmaci antiaritmici, può vantare due proprietà eccezionali: minimo effetto inotropo negativo e frequenza di effetti proaritmici molto bassa. Tuttavia, l'Amiodarone possiede un lato oscuro: quello dei gravi effetti collaterali multisistemici e della dimostrata inefficacia nella prevenzione (primaria e secondaria) della morte improvvisa: (...) Pertanto, l'Amiodarone, oltre al malessere generale, giustifica anche il senso di peso epigastrico, l'inappetenza, la sindrome epatobiliare con eventuale disgesusia (alterazione del gusto in senso peggiorativo), quindi la perdita di peso. Del resto, per i disturbi lamentati dall'assicurato non sono mai state oggettivate strumentalmente (EGDS) patologie a carico dello stomaco o dell'intestino (Colonscopia), anche perché l'ultima EDGS del 2012 era assolutamente nella norma, mentre non è mai stata prodotta agli atti alcuna nuova documentazione medica specialistica e strumentale oggettivante patologie gastroenteriche o metaboliche codificate secondo ICD-10 che giustificassero i sintomi gastrici e la perdita di peso. A questo si aggiunga, come già fatto notare nelle precedenti prese di posizione, che non è mai stato descritto da parte di alcun medico coinvolto a vario titolo nel caso, alcuno stato sarcopenico e/o cachettico, per contro sono sempre state riportate buone condizioni generali insieme a lucidità, collaborazione ed orientamento nei tre domini. L'assicurato assume, come si accennava, anche Metoprololo (Beloc-Zok) cpr 25 mg 2/die, betabloccante che trova piena indicazione nel caso di specie poiché esso ha lo scopo di contrastare gli effetti sfavorevoli dell'iperattivazione simpatica, meccanismo che entra in gioco nell'insufficienza cardiaca e nello scompenso cardiaco, risposte patofisiologiche implicate nella cardiomiopatia. (...) Ora, il principio attivo Metoprololo esercita un importante blocco selettivo dei recettori  $\beta_1$ . Le conseguenze di questo blocco sul piano clinico sono l'azione cronotropo ed inotropo negativa, vale a dire una diminuzione della frequenza cardiaca (bradicardia se al di sotto di 60 bpm), una diminuzione della forza di contrazione ventricolare nonché una diminuzione della pressione arteriosa. In questo modo, quelli che a prima vista sembrerebbero effetti deleteri dei betabloccanti e del Metoprololo in particolare, in realtà costituiscono chiari vantaggi per un cuore emodinamicamente insufficiente. Ne consegue che la bradicardia dell'assicurato, fatto su cui si fonda la contestazione del suo rappresentante legale, è indotta dal farmaco. In altre parole, essa ha significato terapeutico. Oltretutto, si ritiene che il Dr. med. \_\_\_\_\_ abbia titolato il Metoprololo in modo assolutamente ineccepibile e la posologia prescritta risulta corretta. Gli effetti "sfavorevoli" ed un eventuale, transitorio peggioramento dei sintomi possono manifestarsi soltanto all'inizio della terapia con betabloccanti, mentre gli effetti favorevoli compaiono in media dopo circa tre mesi di trattamento. Ora, dagli atti disponibili risulta che l'assicurato assume questa terapia da alcuni anni, si esclude, pertanto, che egli ne subisca gli effetti "sfavorevoli" dopo così tanto tempo. Ancora, sulla correttezza dell'indicazione del Metoprololo faccio notare che l'assicurato in oggetto non risulta affetto da BPCO e asma bronchiale di grado severo, ipotensione arteriosa con valori di PAS spontanei inferiori a 90 mmHg, oppure insufficienza cardiaca estremamente avanzata (classe NYHA IV), condizioni, queste, che controindicano l'uso di Betabloccanti. Oggi è indiscusso che i Betabloccanti come il Metoprololo aumentano la sopravvivenza dei

pazienti, riducono le ospedalizzazioni, migliorano il quadro clinico e la qualità della vita. Circa la FE del 35% (frazione di eiezione: indice di funzionalità del ventricolo sinistro), questa è rimasta stabile nel tempo sin dal dicembre 2012, quando si attestava al valore del 30%. Si ribadisce, poi, che la FC di 45 bpm è dovuta alla terapia betabloccante con Metoprololo, anzi, si può ora affermare che essa (la bradicardia) costituisce proprio l'obiettivo della terapia: evitare episodi tachiaritmici ventricolari sostenuti, quindi controllare la frequenza ventricolare. Circa i valori pressori "bassi" chiamati in causa dal rappresentante legale dell'assicurato, si risponde che essi si attestano ormai da lungo tempo intorno ai 100 mmHg di sistolica e 60 mmHg di diastolica. Molti milioni di persone nel mondo presentano valori abituali di PA persino inferiori senza alcuna ripercussione nei confronti di un'attività lavorativa, specie se adattata." Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha poi proceduto ad esaminare nel dettaglio gli atti medici riferiti al periodo dal 2012 al 2018 prodotti dal ricorrente con le sue osservazioni, estrapolando i dati clinici più significativi per ciascuno di essi e commentando gli ultimi referti del 2018, così come le prescrizioni farmacologiche. Il medico SMR ha concluso che dagli atti medici disponibili non emergeva alcuna progressione della nota patologia cardiaca né l'oggettivazione secondo ICD-10 di altre condizioni che dimostrassero un peggioramento dello stato fisico generale. Pertanto, egli ha confermato integralmente tutte le sue prese di posizione sul caso. 2.5 Per costante giurisprudenza (STF 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, 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 di 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).

2.6 Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute del ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno dal febbraio 2017 in poi, ovvero da quando la sua seconda domanda di prestazioni è stata respinta fino alla decisione del 3 agosto 2018 concernente la terza domanda AI. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'Ufficio AI l'abbia accuratamente vagliato prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Va innanzitutto rilevato che l'Ufficio AI ha regolarmente raccolto la documentazione medica topica presso i curanti sin dalla presentazione della prima domanda, nel gennaio 2013, e così ha proseguito fino all'inoltro, nel febbraio 2018, della terza richiesta di prestazioni AI. In quell'occasione, sulla scorta della nuova documentazione trasmessa dall'assicuratore malattia all'Ufficio AI (doc. 61), il 28 febbraio 2018 (doc. 60) l'SMR ha ritenuto che era stato documentato un peggioramento dello stato clinico a partire dal dicembre 2017 dovuto a persistenti disordini del ritmo cardiaco con 8 scariche di defibrillatore il 4 dicembre 2017 e ricovero presso il \_\_\_\_\_ come pure ricovero presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il 23 dicembre 2017 per Lipotimia. Di conseguenza, erano date le condizioni per entrare in materia sull'esame della terza richiesta di prestazioni di invalidità. Preso atto della nuova situazione clinica documentata e del questionario per il datore di lavoro compilato l'8 marzo 2018 (doc. 68), il 17 aprile 2018 (doc. 72) il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale ha tratto le proprie conclusioni nel rapporto finale, riconoscendo la diagnosi di cardiomiopatia dilatativa di incerta eziologia (post-miocarditica, DD idiopatica) posta dalla \_\_\_\_\_ nella lettera di uscita dell'11 dicembre 2017 (doc. 37 incarto della Cassa malati) riferita al ricovero dal 4 al 7 dicembre precedente. La diagnosi alla base dell'incapacità lavorativa del ricorrente non è dunque contestata dalle parti, mentre la divergenza verte sulla capacità lavorativa dell'assicurato dal 20 dicembre 2017 in poi. L'insorgente ha sostenuto che, da dopo l'evento del 4 dicembre 2017, fosse in grado di lavorare soltanto in ragione del 50% ed in effetti dal 20 dicembre 2017 ha ripreso a svolgere la sua abituale attività in tale percentuale di tempo. Per il medico SMR, invece, il quadro

clinico rilevato dai referti medici agli atti, rapportato alle mansioni tipicamente esercitate dall'assicurato come tecnico di processo, lo rendeva abile al lavoro 70%. Il TCA è dell'avviso che le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ debbano essere poste alla base del presente giudizio e quindi che si debba ritenere che il ricorrente sia in grado di sfruttare la sua capacità lavorativa in misura del 70% nella continuazione dell'attività lavorativa esercitata anche dopo quanto occorsogli il 4 dicembre 2017. Le opinioni espresse dal medico dell'SMR sulle condizioni di salute dell'assicurato sono infatti tutte molto dettagliate e precise, si addentrano in modo sicuro e chiarificatore sui concetti cardini della patologia di cui è affetto l'interessato spiegandone i disturbi e, soprattutto, dando una spiegazione scientifica e medica agli effetti collaterali lamentati dal ricorrente, che il dr. \_\_\_\_\_ ha fatto dipendere dalla patologia stessa che l'affliggeva e dai farmaci assunti per contrastarla. In effetti, nel suo dettagliato parere di ben sette pagine allestito il 25 ottobre 2018, il medico SMR ha affermato che l'Amiodarone (Cordarone) prescritto dal cardiologo giustificava il malessere generale, il senso di peso epigastrico, l'inappetenza, la sindrome epatobiliare con eventuale alterazione del gusto e con essa la perdita di peso dell'assicurato. Ciò, oltretutto, visto che non gli è mai stata oggettivata una patologia a carico dello stomaco o dell'intestino (doc. VIIIbis pag. 2). L'altro farmaco assunto, il Beloc-Zok, contenente il principio attivo del Metoprololo, è un betabloccante che lo stesso medico SMR ha ritenuto indicato nel caso del ricorrente, poiché ha lo scopo di contrastare gli effetti sfavorevoli dell'iperattivazione simpatica, meccanismo che entra in gioco nell'insufficienza cardiaca e nello scompenso cardiaco. I suoi effetti sono una diminuzione della frequenza cardiaca, una diminuzione della forza di contrazione ventricolare come pure una diminuzione della pressione arteriosa, tutti chiari effetti vantaggiosi per un cuore emodinamicamente insufficiente. Pertanto, il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che la bradicardia dell'assicurato era indotta dal farmaco e quindi aveva un significato terapeutico. Inoltre, egli ha riconosciuto che il Metoprololo era stato titolato in modo assolutamente ineccepibile da parte del cardiologo curante e che la posologia prescritta era corretta. Considerato che gli effetti sfavorevoli sui sintomi provocati dall'assunzione di questo betabloccante si possono manifestare soltanto all'inizio della terapia, mentre gli effetti favorevoli compaiono in media dopo circa tre mesi di trattamento, il medico SMR ha escluso, visto che l'assicurato assumeva questa terapia ormai da anni, che egli ne subisse gli effetti sfavorevoli dopo così tanto tempo. Inoltre, determinante per stabilire se v'è stato un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente dopo il 20 dicembre 2017 - è indubbio che dal 4 al 19 dicembre 2017 la capacità lavorativa fosse nulla -, la scrivente Corte evidenzia che il Servizio Medico Regionale ha rilevato che con l'ecocardiografia transtoracica del 9 aprile 2018 (docc. B2 e B18) la frazione di eiezione era stata accertata del 36% e quindi era rimasta stabile nel tempo sin dal dicembre 2012, allorquando l'EcoTT del 12 novembre 2012 (doc. B7) ha attestato una FE del 30% (doc. VIIIbis pag. 3). A questo proposito, il medico SMR ha ricordato che lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ aveva segnalato il 24 aprile 2018, in merito all'esame ecocardiografico del 9 aprile precedente, che la FE rimaneva stabile rispetto al mese di dicembre 2017. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato che eccetto le due sole rilevazioni ultrasonografiche dove la frazione di eiezione si attestava al 40-45% (nel dicembre 2013 e l'11 maggio 2015), essa era in realtà stabile sin dalla diagnosi del 2012, mostrando anzi un recupero del 6% rispetto alla FE del 30% calcolata con la MRI nel luglio 2012. Egli ha quindi rilevato che mantenendosi stabile la FE, la bradicardia non era in grado di esercitare alcuna influenza sull'attività lavorativa dell'assicurato, che l'SMR ha ritenuto adeguata al suo stato di salute (doc. VIIIbis pag. 6). In risposta al ricorrente, il dr.

\_\_\_\_\_ ha altresì ribadito nella sua ultima presa di posizione che la frequenza cardiaca di 45 bpm era dovuta alla terapia betabloccante con Metoprololo, che aveva lo scopo di evitare episodi tachiaritmici ventricolari sostenuti. Il medico dell'SMR ha saputo ben spiegare che la terapia prescritta all'assicurato dal dr. med. \_\_\_\_\_ serviva quindi a controllare la frequenza ventricolare e che la bradicardia che ne derivava era dunque appositamente indotta dal farmaco assunto (doc. VIIIbis pag. 3). Quanto alle bradicardie - ossia quando la frequenza cardiaca è al di sotto di 60 bpm -, il medico del Servizio Medico Regionale era concorde con il cardiologo dell'interessato, che ha affermato che esse erano il prezzo da pagare per la terapia betabloccante, ma che comunque l'assicurato stava meglio rispetto a quando assumeva il Cordarone (doc. VIIIbis pag. 6). In merito alla lamentela dell'assicurato sulla sua pressione che ha ritenuto essere bassa, il medico SMR ha precisato che era da tanto tempo che essa si attestava a circa 100 mmHg di massima e a 60 mmHg di minima. Inoltre, questi valori sono presenti in milioni di persone, che sono comunque in grado di esercitare un'attività lavorativa senza conseguenze (doc. VIIIbis pag. 3). Quanto all'affermazione ricorsuale che vi sarebbe stato un netto calo di peso e ciò comproverebbe ulteriormente il peggioramento delle sue condizioni di salute, nelle sue considerazioni l'SMR ha precisato che un calo ponderale importante e preoccupante dal profilo medico si ha quando esso consiste in almeno 20kg e non in 7kg e per di più su una persona che ne pesava 86kg (doc. VIIIbis pag. 6). Oltretutto, la sensazione di malessere generale, l'inappetenza e la sindrome epatobiliare provocate dall'Amiodarone, come visto, giustificavano la perdita di peso (doc. VIIIbis pag. 2). In merito alle ricette dei farmaci da assumere prodotte pendente causa, va qui rilevato, come sottolineato dal Servizio Medico Regionale il 25 ottobre 2018 (doc. VIIIbis pag. 7), che le stesse non sono state prescritte da specialisti del ramo, ma da medici generalisti. Inoltre, alla base di queste prescrizioni non v'è alcuna diagnosi psichiatrica e nemmeno l'indicazione medica sull'utilità della loro assunzione da parte dell'assicurato. Il Servizio Medico Regionale ha evidenziato anche che la circostanza che l'insorgente non potesse spostarsi oltre i 10km di distanza non è giustificata dal profilo medico. Nel suo certificato del 6 settembre 2018 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non ha infatti fornito alcuna motivazione clinica alla base di questa conclusione e dunque non è possibile oggettivarne l'opportunità per rapporto allo stato di salute del ricorrente. Va ancora evidenziato che, da parte sua, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha analizzato nel dettaglio il mansionario che è stato allestito dal datore di lavoro del ricorrente l'8 marzo 2018 (doc. 68) e l'ha rapportato alle condizioni di salute dell'assicurato scaturite dai certificati medici. Nella sua qualità di process engineer l'assicurato lavorava 40 ore alla settimana e la sua attività era suddivisa fra talvolta lavori alla scrivania (fra mezz'ora e 3 ore al giorno), talvolta programmazione di macchine (fra mezz'ora e 3 ore al giorno), raramente formazione del personale (fino a mezz'ora al giorno) e raramente manutenzione delle macchine (fino a mezz'ora). Per lo svolgimento di questi lavori, dal profilo fisico l'assicurato doveva talvolta stare in piedi, stare seduto, camminare, raramente sollevare o portare pesi fino a 10kg, a 25kg e di oltre 25kg, mentre dal profilo psichico l'interessato doveva avere una rilevante capacità di concentrazione e di attenzione, come pure una capacità di resistenza e di precisione media. Sulla scorta di tale descrizione e quantificazione dell'attività lavorativa, nella sua presa di posizione del 24 settembre 2018 (doc. IV/1) il Servizio Medico Regionale ha dapprima ricordato che il limite di carico massimo stabilito era di 5kg, poi che non si evincevano condizioni di particolare stress emotivo o fisico, né occasionale né prolungato, soprattutto in considerazione dei limiti di carico che aveva stabilito. Il medico SMR ha evidenziato che dal questionario compilato dal

datore di lavoro non risultava nemmeno un contatto diretto dell'assicurato con il pubblico di tipo continuato con richieste pressanti della clientela e neppure un ambiente di lavoro dove fosse necessaria una straordinaria competitività. Non risultavano inoltre conflitti sul posto di lavoro. Per il dottor \_\_\_\_\_, quindi, mancavano tutte quelle condizioni in grado di configurare uno stress di qualsivoglia natura, di durata anche minima oltre che prolungata. Non si era dunque in presenza di una situazione lavorativa con stress fisici e psichici. Viste le considerazioni e spiegazioni sopra esposte fornite dal medico del Servizio Medico Regionale, la scrivente Corte ritiene di doversi allineare alle stesse risultando ben motivate, chiare, complete, molto dettagliate, non arbitrarie e rapportate alle condizioni personali dell'insorgente, siano esse di salute e lavorative. La diagnosi posta dal cardiologo curante non essendo messa in dubbio ma, anzi, confermata dall'SMR, alla luce dell'attività lavorativa abituale del ricorrente e degli sforzi fisici e psichici che essa richiede, il TCA conclude che, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6; DTF 129 V 56 consid. 2.4), tenuto conto dei limiti funzionali e di carico stabiliti nel rapporto finale SMR del 17 aprile 2018 che prevedono un carico massimo di 5kg e pause supplementari da considerare non incluse, si deve ritenere giustificata la capacità lavorativa del 70% in qualsiasi attività intesa come riduzione del tempo di presenza. Di conseguenza, la situazione clinica dell'assicurato risultante nel 2018 si avvera simile a quella che era stata accertata dallo stesso Servizio Medico Regionale in occasione della seconda domanda di prestazioni AI. Pertanto, non è stato comprovato un peggioramento tale da ammettere, come preteso dal ricorrente, una diminuzione dell'abilità lavorativa dal 70% al 50% dal 20 dicembre 2017 in poi. Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione di rifiuto di attribuzione di una rendita di invalidità è confermata. 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 del ricorrente.

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