

TI_GERICHTE 32.2019.200 vom 14. Oktober 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-10-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.200

FR: TI_GERICHTE 32.2019.200 du 14 octobre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.200 del 14 ottobre 2019

Regeste

Attribuzione di rendita temporanea. Dalla valutazione effettuata dal medico fiduciario dell'assicuratore infortuni risulta inabile nella sua attività, ma abile in altre leggere e adeguate. Anche il chirurgo che l'ha operato è di questa opinione. I referti del curante non oggettivano situazione peggiore

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche 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).

2.5. Il 15 dicembre 2016 l'assicurato ha avuto un incidente mentre stava lavorando come agricoltore: scendendo dal trattore si è procurato un lieve trauma cranico e un trauma contusivo alla spalla destra con lesione del tendine sovraspinato e una lesione incompleta del capolungo del bicipite. Il 2 marzo 2017 è stato sottoposto ad artroscopia alla spalla destra con borsectomia, acromioplastica e tenotomia del caput lungo del bicipite, sutura aperta del sovraspinato con due ancore. All'artro-RM del 22 dicembre 2017 si è evidenziata un'ampia rilesione transmurale a carico del sovraspinato e sottoscapolare, che ha portato il dr. med. _____ ad eseguire un nuovo intervento chirurgico (artroscopia) il 22 marzo 2018, ma a cui hanno fatto seguito delle complicanze post operatorie. Il 20 dicembre 2018 (doc. 41) il chirurgo ortopedico ha riferito di un controllo avvenuto quel giorno, riscontrando una situazione clinica invariata rispetto al controllo di ottobre, senza un significativo miglioramento né della funzionalità né del dolore notturno, non essendo l'assicurato in grado di effettuare attività manuali e ripetitive soprattutto sopra la testa. Lo specialista ha ritenuto quindi che la situazione clinica della spalla destra era ormai stabilizzata e non suscettibile di ulteriori miglioramenti con trattamenti fisioterapici riabilitativi, né tanto meno chirurgici. Era quindi improbabile che l'assicurato riuscisse a riprendere l'attività lavorativa che svolgeva precedentemente e che era manuale e pesante. A breve e medio termine, non erano dunque necessari ulteriori trattamenti se non farmaci antiinfiammatori o antidolorifici al bisogno. Il chirurgo ha rilevato che nel caso di un peggioramento tra 5-10 anni, sarebbe stata presa in considerazione la possibilità di impiantare una protesi inversa, che a quel momento non era indicata. Nell'apposito rapporto medico che ha compilato l'11 gennaio 2019 (doc. 44) su invito dell'Ufficio AI, il dr. med. _____ ha indicato che al controllo di dicembre 2018 la situazione era rimasta invariata rispetto ad ottobre, con dolore persistente e non miglioramento funzionale. Era perciò improbabile che l'assicurato riprendesse l'attività lavorativa che svolgeva in precedenza. Era tuttavia possibile, a quel momento, che egli esercitasse una attività leggera. L'Ufficio AI ha interpellato anche il dr. med. _____, FMH medicina generale, medico curante dell'assicurato, il quale il 22 gennaio 2019 (doc. 45) ha dichiarato che a quel momento il paziente non era in grado di svolgere nessuna attività lucrativa, né la sua di agricoltore, fisicamente molto pesante, né altre a causa dei dolori alla spalla destra che, così come la diminuita mobilità articolare, gli impedivano di svolgere una attività lavorativa. A suo parere, la prognosi sull'integrazione dell'assicurato era sfavorevole, visto che dal 1991 svolgeva l'attività di lavoratore agricolo. A richiesta della dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale di avere un complemento di informazioni sul referto del 20 dicembre 2018, l'8 aprile 2019 (doc. 54) l'Ufficio AI ha contattato il dr. med. _____

chiedendo di precisare la capacità lavorativa dell'assicurato in attività adeguata molto leggera. Il 6 maggio 2019 (doc. 5) il chirurgo ortopedico ha così risposto: " Le limitazioni funzionali di cui tener conto per quanto riguarda un aiuto al ricollocamento professionale AI del paziente summenzionato sono attività manuali molto leggere con un limite di sollevamento in kg di circa 5 kg sino ai fianchi; non vi è particolare esigenza di alternanza di postura durante l'attività lavorativa. Possono essere utili pause supplementari soprattutto nella fase iniziale di ripresa lavorativa. Per quanto riguarda lavori di precisione, se non si tratta di lavori pesanti, il paziente è in grado di gestirli. Per l'attività adeguata è importante evitare movimenti e gesti ripetitivi con l'arto operato oltre l'altezza dell'orizzonte.".

L'Ufficio assicurazione invalidità ha infine richiamato il rapporto del dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica, reso il 20 febbraio 2019 (doc. 59 dell'incarto LAINF) dopo avere visitato l'assicurato il 7 febbraio 2019 su richiesta dell'assicuratore infortuni. Riassunti gli atti a sua disposizione, riportate le dichiarazioni dell'assicurato (dolori notturni diminuiti dopo l'intervento del 2018, meglio gestibili durante il giorno; mobilità della spalla tuttora limitata, praticamente bloccata al mattino e doveva massaggiarla per potere iniziare a muoverla), il medico di fiducia ha esposto lo stato locale indicando la mobilità attiva del rachide lombare e delle spalle, misurando le circonferenze dei due arti. Ricordati gli esami radiologici effettuati nel 2017 e nel 2018, il dr med. _____ ha posto la diagnosi sia di omalgia, deficit funzionale della spalla destra in presenza di uno stato dopo trauma contusivo/distorsivo il 15 dicembre 2016; borsectomia, acromioplastica, tenotomia del capolungo del bicipite, sutura aperta del sovraspinato il 2 marzo 2017; ricostruzione del sovraspinoso, del sottospinoso e del sottoscapolare il 22 marzo 2018, sia di periartropatia tendinotica spalla sinistra. Nella sua valutazione lo specialista ha indicato che l'eventuale ulteriore adozione di misure terapeutiche assumeva di riflesso, stante la conclusione del 20 dicembre 2018 del dottor _____ di stabilizzazione della situazione clinica, una valenza rivolta primariamente al mantenimento della situazione attuale. Egli ha perciò ritenuto ragionevole considerare una frequenza indicativa di due serie di fisioterapia all'anno. Come operaio agricolo, l'assicurato risultava essere inabile al lavoro in misura completa, senza ulteriori ragionevoli prospettive di ripresa, neppure parziale, di tale attività. Erano invece medicalmente adatte delle attività leggere, che non richiedevano l'ingaggio ripetuto o prolungato dell'arto superiore destro, anche senza carico, all'altezza rispettivamente al di sopra dell'orizzontale, l'esecuzione frequente o prolungata di movimenti ad ampio raggio anche senza carico dell'arto superiore destro, l'uso/la manipolazione di oggetti vibranti o contundenti, l'esposizione accresciuta a un rischio di movimenti bruschi non controllati. Il medico fiduciario ha poi risposto ai quesiti che gli ha sottoposto l'assicuratore infortuni, ribadendo il 100% di (in)abilità lavorativa. Sulla scorta della documentazione medica raccolta, la dr.ssa _____ ha reso il 7 maggio 2019 (doc. 56) il suo rapporto finale SMR, in cui ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa riprendendo quella stabilita dal dr. med. _____. Basandosi sul parere di questo specialista, essa si è pronunciata sulla capacità lavorativa dell'assicurato, riconoscendo una totale inabilità lavorativa come operaio agricolo indicando una prognosi stazionaria, mentre in attività adeguate una piena capacità lavorativa a decorrere dalla data della valutazione esperita dallo specialista per conto dell'assicuratore infortuni (20 febbraio 2019), rilevando come la prognosi fosse favorevole. Oltre alla limitata caricabilità dell'arto superiore destro (5kg) e alla necessità di pause supplementari nella fase iniziale di ripresa dell'attività lavorativa, l'SMR ha condiviso le attività medicalmente adatte e i limiti individuati dal chirurgo ortopedico, come pure le sue valutazioni sulla capacità lavorativa.

Sulla scorta di queste considerazioni l'Ufficio assicurazione invalidità ha emesso il 5 giugno 2019 un progetto di decisione con cui attribuiva all'assicurato una rendita intera temporanea di invalidità, poiché la capacità lavorativa del 100% in attività adatte non dava luogo a una perdita di guadagno e quindi neppure al diritto a una rendita di invalidità. Con le sue osservazioni del 6 agosto 2019 l'assicurato ha contestato di essere abile al lavoro in misura totale, ma non ha prodotto alcun certificato medico a supporto della sua posizione. La decisione del 14 ottobre 2019 con cui l'Ufficio AI ha confermato l'attribuzione di una rendita temporanea di invalidità è stata contestata con ricorso dell'8 novembre 2019, a cui l'assicurato ha allegato il rapporto del 6 novembre 2019 (doc. B) del suo medico curante. In quel referto, il dr. med. _____, FMH medicina generale, ha posto la seguente diagnosi: - stato dopo ricostruzione dei tendini dei muscoli sovraspinoso e sottospinoso, reinserzione del labrum anterior per via artroscopica alla spalla destra 22.03.2018 - stato dopo artroscopia spalla destra con borsectomia, acromioplastica e tenotomia del caput lungo del bicipite, sutura aperta del sovraspinato con due ancore 02.03.2017 . ampia rilesione transmurale a carico di sovraspinato e sottoscapolare (artro-RM 22.12.2017) - lieve trauma cranico commotivo il 15.12.2016 - ipertensione arteriosa - tendinosi CDR spalla sinistra Nell'anamnesi, il medico curante ha ricordato che il dr. med. _____ ha effettuato un intervento di ricostruzione dei tendini dei muscoli sovraspinoso e sottospinoso l'8 febbraio 2018, che il decorso post operatorio è stato caratterizzato da una ridotta mobilità articolare della spalla come pure dalla persistenza dei dolori. Il chirurgo ortopedico riteneva improbabile che l'assicurato riuscisse a riprendere l'attività lavorativa che svolgeva come operaio agricolo, di tipo manuale e pesante. Il dr. med. _____ ha poi riferito della visita che egli ha effettuato il 5 novembre 2019, indicando che l'interessato presentava una mobilità articolare diminuita alla spalla destra con abduzione e anteversione a 90°; la rotazione con la mano arrivava al gluteo destro. Per la spalla sinistra l'abduzione era di 140°, l'anteversione era di 155°, mentre con la mano arrivava tra le scapole. Era presente uno scroscio articolare bilaterale. Secondo il medico curante, l'assicurato era inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività lavorativa. Egli riteneva auspicabile una visita specialistica peritale da parte dell'Ufficio AI. La dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale si è espressa nuovamente il 20 novembre 2019 (doc. IV/1) sull'intero caso. Nelle sue annotazioni essa ha ricordato il parere del dr. med. _____, FMH in chirurgia ortopedica, il quale aveva ritenuto l'assicurato inabile in misura completa come operaio agricolo, ma abile in misura completa nello svolgimento di attività adatte che tenessero conto della limitata caricabilità dell'arto superiore destro. Il medico dell'SMR ha poi riportato gli esiti dell'esame alle spalle effettuato dal chirurgo ortopedico e in particolare: " Spalle da ambo i lati calme, distalizzazione del ventre laterale del bicipite destro. Mobilità attiva delle spalle Elevazione a destra 150°, dolente da 110°, a sinistra 150°, posizione estrema dolente. Abduzione a destra 130°, a sinistra 150°, da ambo i lati posizione estrema dolente. Rotazione in abduzione esterna/interna a destra 30-0-80°, a sinistra 30-0-90°, scroscii più marcati a sinistra. Rotazione esterna a destra 20°, a sinistra 10°. (...)". La dottoressa ha in seguito esposto il recente rapporto del dr. med. _____ e in particolare l'esame obiettivo delle spalle: " In occasione della visita del 05.1.2019 il paziente presenta una mobilità articolare diminuita alla spalla destra con abduzione a 90°, anteversione pure a 90°; per quanto riguarda la rotazione con la mano arriva al gluteo destro. Per quanto riguarda la spalla sinistra l'abduzione è di 140°, l'anteversione è di 155° mentre con la mano arriva tra le scapole. È presente uno scroscio articolare bilaterale.", e ha concluso quanto segue: " Tali misure e riscontri non si discostano in modo significativo da

quelli oggettivati dal Dr. _____. OSSERVAZIONI: Nella documentazione presentata dall'A a corredo del suo ricorso al TCA, riassumendo, non esiste: 1) alcuna nuova diagnosi; 2) un esame obiettivo che si discosti significativamente da quanto oggettivato dal Dr. _____; 2) la prescrizione di una terapia farmacologica, fisica, fisiatrice, riabilitativa assunta/seguita dall'A; 3) alcun nuovo blocco funzionale; 4) alcuna nuova attestazione di ricovero ospedaliero 5) alcuna indicazione attuale circa la posa di una protesi inversa alla spalla Ds che potrebbe entrare in futuro in linea di conto a dipendenza dell'evoluzione dei disturbi, rispettivamente del quadro clinico. dipendenza dell'evoluzione dei disturbi. Pertanto, concludendo, il curante di base Dr. med. _____ si limita a riportare le note diagnosi (già elencate nella perizia esperita dal Dr. _____) e certificare un'incapacità lavorativa completa in ogni attività a tempo indeterminato, come dallo stesso Dr. _____ già apprezzato in precedenza, senza confrontarsi minimamente con le conclusioni a cui è giunto il rapporto SMR, le sue motivazioni nonché la perizia stessa del Dr. _____. Conclusioni Alla luce della documentazione medica summenzionata, si conferma integralmente il contenuto del rapporto finale SMR datato 07.05.2019." Il certificato medico del 10 dicembre 2019 (doc. VI/1) del dr. med. _____ ripropone le medesime diagnosi già poste e afferma che " Il Signor RI 1 è da considerare inabile al lavoro al 100%. Il paziente lamenta dolori in particolare alla spalla destra, meno alla spalla sinistra. Per questo motivo si sente limitato nello svolgere un'attività lavorativa come in precedenza. ". Su questo referto si è espressa il 18 dicembre 2019 (doc. VIII/1) la dr.ssa med. _____, specialista in medicina del lavoro, osservando come l'affermazione del medico curante esprima una opinione soggettiva (" l'A si sente limitato ") e non oggettivi, invece, una sua constatazione clinica. Inoltre, il dr. _____ ha ribadito che l'assicurato era limitato nell'esercizio dell'attività precedente, ciò che però era già stato assodato anche dall'SMR nel suo rapporto finale, in cui era stato chiaramente indicato come l'attività di operaio agricolo non era più esercitabile, mentre l'interessato poteva svolgere delle attività adeguate definite da limiti funzionali molto stringenti. In ogni caso, anche in questa occasione l'SMR ha osservato che con la nuova documentazione presentata non esiste: " 1) alcuna nuova diagnosi; 2) un esame obiettivo che si discosti significativamente da quanto oggettivato dal Dr. _____; 2) la prescrizione di una terapia farmacologica, fisica, fisiatrice, riabilitativa assunta/seguita dall'A; 3) alcun nuovo blocco funzionale; 4) alcuna nuova attestazione di ricovero ospedaliero Pertanto, concludendo, il curante di base Dr. med. _____ si limita a riportare le note diagnosi (già elencate nella perizia esperita dal Dr. _____) e certificare un'incapacità lavorativa completa in ogni attività a tempo indeterminato come dallo stesso Dr. _____ già apprezzato in precedenza, senza confrontarsi minimamente con le conclusioni a cui è giunto il rapporto SMR, le sue motivazioni nonché la perizia stessa del Dr. _____. Conclusioni Alla luce della documentazione medica summenzionata, si conferma integralmente il contenuto del rapporto finale SMR datato 07.05.2019." 2.6. La scrivente Corte evidenzia che le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale il 7 maggio 2019, ribadite nelle annotazioni del 20 novembre 2019 e del 18 dicembre 2019 anche dopo avere attentamente analizzato i nuovi certificati medici del dr. med. _____ prodotti pendente causa, danno un quadro chiaro, completo e non contraddittorio delle condizioni di salute del ricorrente. La dr.ssa med. _____ ha infatti ben motivato le ragioni per le quali i referti del 6 novembre 2019 e del 10 dicembre 2019 non sono in grado di modificare le conclusioni a cui è giunto il dr. med. _____ il 20 febbraio 2019 nell'ambito della valutazione effettuata a titolo di medico di fiducia dell'assicuratore infortuni che ha assunto le

conseguenze della caduta dal trattore nel 2016. La stessa dottoressa del Servizio Medico Regionale si è allineata alle conclusioni che il chirurgo ortopedico ha tratto dopo un attento esame clinico, poiché esse rispecchiavano in sostanza il parere del dr. med. _____ che ha operato l'assicurato il 22 marzo 2018. In effetti, entrambi i chirurghi ortopedici hanno escluso che il ricorrente potesse tornare a lavorare come operaio agricolo trattandosi di un'attività troppo pesante. Per contro, sia il medico curante sia il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni hanno ritenuto possibile l'esercizio di attività lavorative leggere nel rispetto di determinati limiti funzionali e di carico che non prevedevano movimenti ripetitivi con l'arto superiore destro al di sopra dell'orizzontale. Il dr. med. _____ ha pure indicato ulteriori limitazioni rispetto a quelle rilevate dal dr. med. _____ il 6 maggio 2019, nel cui rispetto era possibile per l'assicurato esercitare delle attività lavorative leggere medicalmente adatte. Il ricorrente ha chiesto al TCA di tenere conto anche dei referti allestiti dal suo medico curante, il dr. med. _____, che l'ha in cura da diverso tempo e che quindi conosce bene le sue condizioni di salute che, a suo dire, non gli permettono di svolgere una qualsiasi attività lavorativa. Il Tribunale evidenzia che il dr. med. _____ non è specialista in materia (ortopedia), essendo specialista FMH in medicina generale, e quindi le sue dichiarazioni al riguardo non hanno pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di medico non specialista in materia non può per giurisprudenza avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2018.220 del 21 ottobre 2019; STCA 32.2017.172 del 28 maggio 2018; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2018; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017). Inoltre, le diagnosi che egli ha posto sono sovrapponibili a quelle individuate dal dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica, e quindi non attestano uno stato clinico peggiore rispetto a quello ritenuto dall'SMR, che si è basato sull'analisi effettuata di persona dal medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, che è chiara, completa, dettagliata, non contraddittoria e che valuta le condizioni di salute del ricorrente in ogni aspetto. A proposito dell'esame clinico dell'assicurato, la dr.ssa med. _____ ha osservato che dai certificati del medico curante non emerge una situazione che si differenzia in modo marcato da quanto ha riscontrato di persona il dr. med. _____ nella sua valutazione. Anche le misure di abduzione e di anteversione oggettivate tanto dal medico curante quanto dal chirurgo ortopedico non si distanziano in modo significativo le une dalle altre. Per di più, il medico generalista non ha indicato una terapia farmacologica o riabilitativa che l'assicurato stava seguendo né ha segnalato un nuovo blocco funzionale delle spalle o un ricovero ospedaliero. Egli si è sostanzialmente limitato a porre la diagnosi e a ritenerlo totalmente inabile in qualsiasi attività. Tuttavia, come ha ben osservato l'SMR, nel suo referto del 10 dicembre 2019 il dr. med. _____ non ha oggettivato l'impossibilità medica del ricorrente di svolgere un'attività lucrativa, ma ha riferito che a causa dei dolori l'assicurato " si sente limitato " nell'eseguire un'attività lavorativa " come in precedenza ". A quest'ultimo proposito va ricordato che tutti i medici intervenuti sono concordi nel ritenere che il ricorrente non sia più in grado di svolgere l'attività precedente, trattandosi di un lavoro molto pesante. Ciò nonostante, sia il dr. med. _____ che l'ha operato nel 2018 sia il dr. med. _____, entrambi chirurghi ortopedici, ritengono che l'assicurato sia comunque ancora in grado di svolgere dei lavori leggeri, fermo restando determinati limiti funzionali. La scrivente Corte non ha perciò valido motivo per distanziarsi da queste considerazioni specialistiche, che fa quindi proprie. In presenza di queste chiare e dettagliate spiegazioni, il TCA si allinea con serenità alle conclusioni tratte dalla dottoressa

del Servizio Medico Regionale, la quale ha esaminato attentamente le condizioni di salute dell'assicurato dal profilo somatico, vagliandone l'anamnesi, tenendo conto dei dati soggettivi e dei riscontri oggettivi emersi dagli esami clinici e dalla documentazione medica specialistica raccolta e si è ben confrontata con i pareri dei medici curanti agli atti. Di conseguenza, una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato, così come da esso richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti, come l'allestimento di una perizia specialistica. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Occorre ancora evidenziare che 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 perciò 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 (fra le ultime, STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Con il suo ricorso l'assicurato ha in sostanza sostenuto di non essere in grado di lavorare al 100% come stabilito dall'SMR. Il Tribunale evidenzia che il ricorrente si è però limitato a esporre delle limitazioni di carattere soggettivo, non suffragandole da valida documentazione clinica medica che potesse oggettivare i suoi disturbi e le sue difficoltà fisiche. Come visto, né con il ricorso né tanto meno nella procedura amministrativa in fase di osservazioni al progetto di decisione, egli ha infatti prodotto dei certificati medici che comprovavano che il suo reale stato di salute era peggiore di quello accertato dall'Ufficio AI. Da quanto precede discende che non è dimostrata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal Servizio Medico Regionale, che ha stabilito l'abilità lavorativa del ricorrente sulla base della

valutazione effettuata dal dr. med. _____ e quindi essere nulla nella precedente attività di operaio agricoltore dal giorno dell'incidente, ma dal giorno del suo referto essere del 100% in attività adeguate che tengano conto dei limiti funzionali e di carico stabiliti dallo specialista. In risposta dunque alla lamentela del ricorrente secondo cui, ora come allora, il suo stato di salute non sarebbe cambiato, ma prima gli è stata concessa una rendita intera e dopo gli è stata soppressa, il Tribunale ricorda che la rendita intera gli è stata concessa in virtù del fatto che l'assicurato non è più in grado di lavorare come operaio agricolo. Considero poi però che il dr. med. _____, e pure il dr. med. _____, hanno ritenuto che egli ha comunque una capacità residua che gli permette di svolgere dei lavori leggeri adeguati al suo stato di salute, dal 20 febbraio 2019, giorno in cui il chirurgo ortopedico ha redatto il suo parere, l'assicurato è stato ritenuto abile al 100%. Dal calcolo economico che ne è seguito è risultato un grado di invalidità pari allo 0%, perciò il diritto alla rendita è decaduto. Alla luce di tutte queste considerazioni, i gradi di incapacità lavorativa determinati dal Servizio Medico Regionale (dr.ssa med. _____) vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività abituale di operaio agricolo (100%) quanto in attività adeguate (0%) con i limiti funzionali stabiliti. Non è data un'incapacità lavorativa maggiore. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente.

2.7. Per quanto concerne l'aspetto economico, poiché esso non è stato contestato come tale dall'assicurato, ciò porta il TCA a non verificare oltre il grado di invalidità dello 0% ritenuto dall'Ufficio AI in applicazione del metodo di raffronto dei redditi (art. 16 LPGA).

2.8. In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di attribuzione del diritto a una rendita intera temporanea di invalidità limitatamente al periodo dal 1° dicembre 2017 al 31 maggio 2019.

2.9. 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.