

GR_GERICHTE S 2019 62 vom 10. November 2020

GR Gerichte, 2020-11-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_62

FR: GR_GERICHTE S 2019 62 du 10 novembre 2020

IT: GR_GERICHTE S 2019 62 del 10 novembre 2020

Regeste

rendita AI | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

I requisiti processuali non danno adito a osservazioni, per cui questo competente Tribunale entra nel merito del presente ricorso contro la decisione del 10 aprile 2019 con cui il convenuto ha respinto la richiesta di prestazioni del ricorrente.

E. 2

Controverso è se il ricorrente abbia diritto a una rendita di almeno il 50 % a partire dal 1. gennaio 2017 risp. se il convenuto per la sua decisione negativa si sia giustamente basato sulla perizia del SAM del 9 ottobre 2017 o se invece occorran ulteriori accertamenti medici. Preliminarmente, va notato che un diritto a una rendita in questo caso non nasce già dal 1. gennaio 2017. Giusta l'art. 29 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20) il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. Nel caso di specie, A. _____ ha trasmesso la richiesta (ordinaria) per prestazioni AI il 21 dicembre 2016. Un diritto a una rendita sussiste, se del caso, quindi soltanto a partire dal 1. giugno 2017 (cfr. art. 29 cpv. 3 LAI secondo cui la rendita è versata dall'inizio del mese in cui nasce il diritto).

- 5 - 3.1. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI l'assicurato ha diritto a una rendita intera se è invalido almeno al 70 %, a tre quarti di rendita se è invalido almeno al 60 %, a una mezza rendita se è invalido almeno al 50 % o a un quarto di rendita se è invalido almeno al 40 %. 3.2. Secondo il principio inquisitorio l'assicuratore, parimenti al giudice, accerta d'ufficio la fattispecie. Per quanto riguarda la procedura amministrativa, l'art. 43 cpv. 1 frase 1 LPGA prescrive che l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (per la procedura giudiziaria v. art. 61 lett. c LPGA). Applicando una valutazione anticipata delle prove è possibile rinunciare a ordinare ulteriori accertamenti, qualora si giunga alla convinzione che questi non possono cambiare una fattispecie acclarata con il grado della verosimiglianza preponderante. Se tuttavia permangono dei forti dubbi sulla completezza e/o la correttezza dei fatti accertati, occorre continuare a indagare, premesso che da ulteriori accertamenti ci si debba attendere nuove informazioni essenziali (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_956/2011 del 20 giugno 2012 consid. 5.1 con rinvii). 3.3. Per stabilire il grado d'impedimento, l'amministrazione e il giudice si fondano su documenti allestiti dal medico o

eventualmente da altri specialisti, il cui compito consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurata sia incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili (DTF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, 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, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le

- 6 - conclusioni del perito siano ben motivate. Decisivo, quindi, per stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova non è tanto la sua origine o la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). La giurisprudenza ha tuttavia sviluppato alcune direttive in relazione a determinate forme di attestazioni mediche (DTF 125 V 351 consid. 3b, 118 V 286 consid. 1b). In tal senso, se non vi sono indizi concreti che depongano contro la loro attendibilità, va riconosciuto pieno valore probatorio alle perizie di medici specialistici esterni che rilasciano i propri referti in base a indagini e osservazioni accurate e dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica e che nella descrizione dei loro reperti giungono a risultati concludenti (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4, 125 V 351 consid. 3b/bb). Anche i rapporti allestiti da medici alle dipendenze dell'amministrazione hanno piena valenza probatoria, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti (DTF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb, 122 V 157 consid. 1c). Riguardo alle attestazioni del medico curante si può ritenere che, secondo la generale esperienza della vita, nel dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente con la paziente il medico curante tenda a esprimersi a favore del suo cliente (DTF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc, 124 I 170 consid. 4). 4.1. Dal punto di vista psichiatrico, la consulente del SAM, Dr.ssa med. E. _____, non ha posto delle diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, mentre ha rilevato una sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD-10 F.43.21) senza influsso sulla capacità lavorativa. La Dr.ssa med. E. _____ ha ritenuto il ricorrente totalmente abile al lavoro dal punto di vista psichiatrico, senza necessità di trattamento (cfr. doc. 56 pag. 15 e doc. 56 pag. 45 segg. convenuto). Anche l'esame neurologico non ha mostrato deficit rilevanti. Si è rilevato un reperto indicativo di una lieve sindrome del tunnel carpale a destra che potrebbe spiegare i disturbi di

- 7 - sensibilità notturni alla mano, ma che sarebbe di entità tale da non determinare limitazioni funzionali. Il ricorrente è quindi stato giudicato totalmente abile al lavoro anche dal punto di vista neurologico (cfr. doc. 56 pag. 16 e 34 segg. convenuto). Agli atti non vi sono dei pareri psichiatrici e/o neurologici in contrasto con queste conclusioni del SAM. 4.2. Diversamente si presenta invece la situazione dal profilo reumatologico. Il perito Dr. med. F. _____, specialista in reumatologia, ha diagnosticato una sindrome cervicospondilogenica prevalentemente a destra, cronica e una sindrome lombovertebrale cronica intermittente, entrambe con ripercussione sulla capacità lavorativa (cfr. per la diagnosi dettagliata doc. 56 pag. 29 seg. convenuto). Senza influenza sulla capacità lavorativa egli ha rilevato un'artropatia urica (cfr. doc. 56 pag. 30 convenuto). Il Dr. med. F. _____ ha elencato delle misure terapeutiche ritenute in grado di migliorare la qualità di vita del ricorrente, ma probabilmente non in grado di portare modifiche alla capacità

funzionale e di carico residua. Come lavoro adatto allo stato di salute attuale, il Dr. med. F._____ ha descritto un'attività che tenga pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: "l'assicurato può talvolta sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti i 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 2 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 2 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, molto spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può molto spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata,

- 8 - talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno ed in qualsiasi momento. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può molto spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli" (doc. 56 pag. 32 convenuto). In un lavoro adatto allo stato di salute, il Dr. med. F._____ ha giudicato il ricorrente abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore con rendimento massimo del 100 % a decorrere dal 22 febbraio 2016 (cfr. doc. 56 pag. 33 convenuto). Nell'ultima professione svolta di direttore di una società fiduciaria immobiliare (attività d'ufficio prevalentemente sedentaria, svolta quasi esclusivamente da seduto), tenuto conto che il ricorrente è già stato messo a beneficio di interventi ergonomici sul posto di lavoro, il Dr. med. F._____ ha giudicato il ricorrente abile al lavoro a decorrere dal 22 febbraio 2016 sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 25 % a seguito della necessità di maggiori pause e di alternare le posizioni corporee. Qualora questa attività potesse tener conto di tutti i limiti funzionali e di carico, sarebbe da considerare adatta allo stato di salute con capacità lavorativa del 100 % (cfr. doc. 56 pag. 33 convenuto). La perizia del SAM del 9 ottobre 2017, in particolar modo la valutazione reumatologica del Dr. med. F._____ del 25 luglio 2017, è concludente e esaustiva ai sensi dei requisiti probatori sopra descritti. Da esaminare è se dai rapporti medici agli atti emergono indizi inficianti le conclusioni del SAM. 4.3. Nella valutazione del 5 agosto 2016 il Dr. med. B._____, specialista in medicina generale e esperto in medicina infortunistica, ha ritenuto non giustificato il prolungarsi di una ulteriore incapacità lavorativa in qualsivoglia misura sia per infortunio sia per malattia (cfr. doc. 42 pag. 5 convenuto). Il Dr. med. B._____ indica un'inabilità lavorativa in misura del 50 % specificando che sarebbe in corso dal 21 febbraio 2016. A tal riguardo va

- 9 - tuttavia notato che questa attestazione non sembra fatta direttamente dal Dr. med. B._____, ma sembra piuttosto che questi abbia riportato ciò che ha attestato l'allora medico curante Dr. med. G._____ (cfr. doc. 42 pag. 2 e 5 convenuto). Molto probabilmente egli non ha dunque esplicitamente escluso un'abilità lavorativa anche prima del 5 agosto 2016, per cui la sua relazione non contraddice l'abilità lavorativa del 75 % nell'attività attuale e del 100 % in attività adatta attestata dal SAM a partire dal 22 febbraio 2016. L'allegazione del ricorrente, secondo cui questi rapporti medici sarebbero discordanti, è perciò smentita. Il medico curante Dr.ssa med. C._____, specialista in medicina interna generale, nel rapporto

del 16 marzo 2017 ha attestato un rendimento ridotto del 50 % (cfr. doc. 43 pag. 1 segg. convenuto). Successivamente, nei certificati medici ella ha attestato un'incapacità lavorativa completa dal 16 ottobre 2017 al 3 dicembre 2017 e un'incapacità del 75 % dal 4 dicembre 2017 (cfr. doc. 72 pag. 6 convenuto). Nel rapporto del 20 ottobre 2017 (doc. 59 convenuto) ella riferisce di una riacutizzazione della sintomatologia iperalgica in sede cervicobrachiale destra in seguito a un nuovo trauma per infortunio su caduta accidentale in data 28 settembre 2017 (cfr. doc. 59 pag. 1 convenuto). L'esacerbazione della sindrome cervico-brachiale, secondo il medico curante, ha dunque condotto a un'inabilità lavorativa solo per un periodo limitato fino al 3 dicembre 2017. Le sue attestazioni di inabilità lavorativa, prima del 50 % a partire da inizio 2017 poi di piena inabilità nel periodo appena menzionato e infine del 75 % a partire dal 4 dicembre 2017, non sono convincenti. Innanzitutto, se da un lato è comprensibile, come notato dal medico curante, che l'installazione di mezzi ausiliari sul posto di lavoro avvenuta a febbraio 2017, non abbia cambiato nulla circa la limitazione del ricorrente nel sollevare pesi, mal si comprende come detti interventi ergonomici, grazie ai quali, sempre stando al medico curante, il ricorrente avrebbe presentato meno episodi algici e cefalee, non l'abbiano indotta a rivedere la limitazione lavorativa da lei attestata a partire

- 10 - dal 21 febbraio 2016, mantenendola invariata al 50 % (cfr. rapporti medici del 9 gennaio 2017 [doc. 20 convenuto] e del 16 marzo 2017 [doc. 43 pag. 1-5 convenuto] nonché certificati medici al doc. 72 pag. 6 convenuto). Anzi, ella stessa ha affermato che gli interventi ergonomici avrebbero migliorato la condizione, rendendo più possibile la gestione e aumentando la possibilità di resa (cfr. rapporto del 16 marzo 2017 [doc. 43 pag. 4 convenuto]). Inoltre, la Dr.ssa med. C._____ non si è confrontata con la perizia del SAM del 9 ottobre 2017. Le sue attestazioni in qualità di medico curante vanno perciò relativizzate in base alla giurisprudenza secondo cui, alla luce del rapporto di fiducia esistente con la paziente, il medico curante tende a esprimersi in favore del suo cliente. Le conclusioni dei periti del SAM riguardo all'abilità lavorativa rimangono perciò valide. Il Dr. med. D._____, specialista in reumatologia, nel rapporto medico del 28 maggio 2018, oltre a confermare la problematica cervicale, ha inoltre diagnosticato degli episodi di gotta recidivanti (tre crisi al mese) nonché una tendinopatia della cuffia dei rotatori destra. Il Dr. med. D._____ non si sofferma tuttavia sulla capacità lavorativa (cfr. doc. 74 pag. 5 convenuto: "non ho valutato il paziente per ciò che concerne la sua capacità lavorativa, tuttavia segnalo delle limitazioni funzionali all'arto superiore destro con anche un'esauribilità all'effettuazione di movimenti ripetitivi e dei dolori ingravescenti"). Riguardo alla gotta diagnosticata dal Dr. med. D._____, lo specialista in reumatologia Dr. med. H._____ del SMR nell'e-mail dell'8 aprile 2019 (doc. 76 convenuto) ha osservato che al momento della perizia il ricorrente assumeva ancora il Zyloric, che in seguito è stato fermato per intolleranza. Stando ad egli, non sembrerebbero esserci (per adesso) lesioni secondarie, per cui un'incapacità lavorativa sarebbe circoscritta agli episodi acuti (la cui durata e gravità sarebbero da oggettivare). Poggiando su questa persuasiva valutazione del Dr. med. H._____, in quanto alla gotta bisogna quindi ritenere che non si tratta di un disturbo invalidante perché non duraturo. Il Dr. med. H._____ si è poi anche espresso sulla

- 11 - tendinopatia della spalla diagnosticata dal Dr. med. D._____, notando che non sarebbe necessaria una VCL [video-laparo-chirurgia], visto che le limitazioni ad essa collegate sarebbero conosciute e riguarderebbero lo svolgimento di lavori al di sopra del livello delle spalle. Inoltre, la sintomatologia apparirebbe soprattutto di origine muscolare e

quindi trattabile. Secondo il Dr. med. H._____, dopo un trattamento fisioterapico adeguato la sintomatologia dovrebbe ridursi fino a scomparire (cfr. doc. 76 pag. 1 convenuto). Queste osservazioni del Dr. med. H._____ appaiono concludenti. L'obiezione sollevata dal ricorrente secondo cui le due affezioni (gota e tendinopatia della cuffia dei rotatori della spalla destra), non considerate nella perizia SAM, aggraverebbero oltre il 25 % il grado di inabilità lavorativa del ricorrente, va pertanto respinta. Inoltre, il Dr. med. H._____ ha osservato che una valutazione ortopedica, come è stata accennata in via eventuale dal Dr. med. D._____ anche per discutere l'effettuazione di eventuali infiltrazioni locali a livello della colonna cervicale (cfr. doc. 74 pag. 5 convenuto), non è necessaria, anche perché le eventuali infiltrazioni locali potrebbero anche essere effettuate da un reumatologo e non cambierebbero la valutazione della capacità lavorativa. Di fronte a queste convincenti risposte del Dr. med. H._____, la censura del ricorrente secondo cui l'accertamento medico sarebbe incompleto, poiché mancherebbe la valutazione ortopedica e della capacità funzionale postulata dal Dr. med. D._____, si rivela dunque infondata. Nel rapporto del 3 giugno 2019, inoltrato in sede di ricorso, il Dr. med. I._____ ha affermato che gli ormai cronici dolori cervico-toraco-brachiali nonché le frequenti cefalee miotensive limitano il ricorrente nello svolgimento dei suoi lavori amministrativi, non riuscendo più a rimanere a lungo seduto alla scrivania oppure davanti al PC; le cefalee contribuirebbero pure a ridurre la sua capacità di attenzione durante il lavoro. Il Dr. med. I._____ ha evidenziato lo sviluppo di una sindrome algica cronica che limiterebbe il ricorrente nello svolgimento delle sue varie

- 12 - attività, anche se fisicamente non particolarmente pesanti. Il Dr. med. I._____ ha perciò ritenuto il ricorrente almeno al 40 % inabile allo svolgimento della sua professione amministrativa dall'agosto 2016 a causa dei persistenti cronici dolori e delle ripercussioni che i dolori hanno sul suo grado di attenzione e concentrazione (cfr. doc. 2 ricorrente). Riguardo a questa valutazione, va anzitutto detto che il Dr. med. I._____ non tiene conto dei mezzi ausiliari, finanziati dal convenuto, installati sull'attuale posto di lavoro. Di conseguenza, non sono pertinenti le sue affermazioni circa il fatto che il ricorrente non riesca a rimanere seduto a lungo alla scrivania, dato che, tra gli altri, al ricorrente è stato messo a disposizione un tavolo elettrico (cfr. doc. 28 e 30 convenuto), per cui si presume che il ricorrente mentre lavora possa alternare la posizione seduta a quella in piedi. Il Dr. med. I._____, inoltre, non affronta le valutazioni del SAM e non si esprime sulla capacità lavorativa in attività adatta. Il suo rapporto non è atto a invalidare le conclusioni del SAM. 4.4. In conclusione, si rileva che i rapporti medici agli atti, in particolare della Dr.ssa med. C._____, del Dr. med. D._____ e del Dr. med. I._____, non lasciano trasparire indizi che militano contro l'attendibilità della perizia del SAM del 9 ottobre 2017. Il convenuto poteva quindi poggiare su questa perizia per la sua decisione. 5.1. Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto a una rendita se: 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 (lett. a); ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40 % in media durante un anno senza notevole interruzione (lett. b); e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40 % (lett. c).

- 13 - 5.2. Nella decisione impugnata il convenuto ha negato un diritto a una rendita, siccome dagli accertamenti eseguiti risulterebbe che dal 28 dicembre 2015 al 21 febbraio 2016 vi sarebbe stata un'incapacità lavorativa senza notevole interruzione del 100 %,

mentre a partire dal 22 febbraio 2016 l'incapacità lavorativa sarebbe solamente del 25 %. Di conseguenza, non vi sarebbe stata un'incapacità lavorativa media di almeno il 40 % durante un anno, per cui i presupposti per l'erogazione di una rendita non sarebbero assolti. 5.3. Poggiando sulla perizia del SAM del 9 ottobre 2017 va concluso che, pur considerato gli interventi ergonomici sul posto di lavoro, vi è comunque un'incapacità lavorativa del 25 % nell'attività da ultimo svolta, mentre non ve ne è in attività adatta a partire dal 22 febbraio 2016. Visto che il ricorrente può ancora lavorare in misura del 75 % nell'ultima attività svolta, non è raggiunto il grado di invalidità minimo richiesto del 40 % (cfr. art. 28 cpv. 1 lett. c e cpv. 2 LAI; art. 28a cpv. 1 LAI in combinato disposto con l'art. 16 LPGGA). La motivazione della sentenza impugnata va quindi precisata nel senso che non è tanto che non vi sia stata un'incapacità lavorativa del 40 % durante un anno, quanto piuttosto che il ricorrente non è invalido al 40 %. I presupposti per una rendita non sono quindi dati. In rigetto del ricorso la decisione impugnata va dunque confermata nel suo risultato.

E. 6

In deroga all'art. 61 lett. a LPGGA, 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 tra CHF 200.-- e CHF 1'000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (art. 69 cpv. 1bis LAI). L'esito della controversia giustifica l'accollamento delle spese processuali fissate a CHF 700.-- al ricorrente.

- 14 - Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. Vengono prelevati dei costi di CHF 700.--, il cui importo sarà versato da A._____ entro trenta giorni dalla notifica della presente decisione all'Amministrazione delle finanze del Cantone dei Grigioni, Coira. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazioni] L'interposto ricorso al Tribunale federale è stato respinto in data 21 settembre 2021 (9C_18/2021).

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