

TI_GERICHTE 32.2001.82 vom 29. August 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-08-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.82

FR: TI_GERICHTE 32.2001.82 du 29 août 2001

IT: TI_GERICHTE 32.2001.82 del 29 agosto 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.01.2002 32.2001.82 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.01.2002 32.2001.82 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 28.01.2002 32.2001.82

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 32.2001.00082 BS /sc Lugano 28 gennaio 2002 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 22 settembre 2001 di _____, contro la decisione del 29 agosto 2001 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle, in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, classe 1954, infermiera ausiliaria, il 25 novembre 1991 si è fratturata il coccige. In data 29 marzo 1993 essa ha inoltrato una domanda tendente ad ottenere prestazioni AI per adulti (doc. AI _). Dopo aver esperito degli accertamenti economici e medici, in particolare una perizia affidata al Servizio di accertamento medico dell'Assicurazione Invalidità (SAM), con decisione 3 maggio 1994 la Cassa cantonale di compensazione (allora competente per statuire in merito alle prestazioni assicurative) ha respinto la domanda poiché: " Nel caso di specie, sulla base dei dati economici e medici specialistici, l'assicurata non risulta presentare alcuna incapacità lavorativa." (Doc. AI _). 1.2. Il 23 febbraio 2001 l'assicurata, divenuta telefonista indipendente presso il proprio domicilio, ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni AI, indicando, quale danno alla salute, oltre i postumi della fratture del coccige, anche un'artrosi cervicale e vertebrale ed una discopatia (doc. AI _). Con proposta di decisione 4 luglio 2001 l'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) ha nuovamente respinto la richiesta di rendita perché "dalla documentazione medica specialistica acquisita all'incarto risulta che il danno alla salute, di cui lei è portatrice, non comporta un'incapacità lavorativa tale da giustificare il diritto a prestazioni AI" (cfr. doc. AI _). Con osservazioni 6 luglio 2001 l'assicurata ha contestato quanto sostenuto dall'amministrazione e chiede l'espletamento una perizia specialistica al fine di valutare il suo stato di salute. Mediante provvedimento formale 29 agosto 2001, l'UAI ha confermato la proposta di decisione, rilevando in particolare come " il medico SMR dopo riesame della sua pratica, conferma un'incapacità di lavoro valutabile nella misura massima del 30% e questo riferito sia alla professione abitualmente svolta che in attività leggere " (doc. AI _). 1.3. Contro la decisione amministrativa _____ ha introdotto al TCA un tempestivo atto di ricorso, chiedendone l'annullamento ed il conseguente riconoscimento di una rendita d'invalidità. Dopo aver ribadito la richiesta di essere sottoposta a perizia, essa ha rilevato quanto segue: "

(...) Secondo l'opinione di alcuni medici specialisti, io non potrei più svolgere lavori pesanti e sedentari che influiscono negativamente sulla mia salute già precaria. Il dottor _____ mi ha prescritto una cura di regolare allenamento in palestra per un anno (vedi lettera 11.04.2001). Diversi medici mi hanno detto che la mia malattia, di cui ne sono portatrice, è congenita e che la mia schiena è allo stato di una donna di novant'anni e sono molto sorpresi di come una donna della mia età possa avere questi problemi alle ossa e allo scheletro. Queste cose mi sono state dette per la prima volta nel 1991, quando a causa di un incidente ho riportato la frattura del coccige, ma purtroppo nessun medico fino ad oggi si è assunto la responsabilità di scriverlo sui rapporti medici. Vi informo che da giugno 1993 fino a gennaio 2001 ho svolto un'attività lavorativa sedentaria per la _____ (telefono _____), la quale mi ha costretta a stare seduta troppe ore al giorno, contribuendo al peggioramento del mio stato di salute. A causa di problemi venuti a crearsi durante il rapporto di lavoro sono ora costretta a dipendere dallo Stato. Spero che la trasparenza e la verità del mio stato di salute sia riconosciuta e legittimata dai medici." (Doc. _) 1.4. Con risposta 17 ottobre 2001 l'UAI propone di respingere il gravame. Ricordando che nella prima procedura il SAM aveva ritenuto l'assicurata abile al 75% nella precedente attività di aiuto domiciliare, l'amministrazione ha comunque osservato: " (...) Il medico curante, dottor _____, giudica per contro che l'interessata possa svolgere la propria professione in misura pressoché totale ("ritengo che la paziente quale telefonista possa benissimo lavorare tra le 6 e le 8 ore al giorno", rapp. 9.2.2001, doc. n. _ inc. AI). Non va infatti dimenticato, come lo stesso medico del resto rileva, che l'attività in proprio offre all'assicurata la possibilità di variare posizione a propria guisa, requisito questo fondamentale, considerato il tipo di patologia in causa. In tali condizioni l'amministrazione ha quindi a buon diritto rifiutato le prestazioni richieste. Infine, non avendo la ricorrente presentato alcun elemento atto a mettere in dubbio le dichiarazioni fornite dal medico curante, ulteriori accertamenti medici non sono giustificati." (Doc. _) 1.5. L'8 novembre 2001 la ricorrente ha trasmesso ulteriore documentazione (doc. _). Dopo visione di tale atti, con lettera 26 novembre 2001 l'amministrazione ha comunicato di non aver nulla da aggiungere (doc. _). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a _____ può essere riconosciuta una rendita d'invalidità. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi

almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. 2.3. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata 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 e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations, pagg. 200 e ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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 (art. 28 cpv. 2 LAI). 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 dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 232; D. Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). 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).

2.4. Nel caso in esame, a seguito della prima domanda AI, _____ è stata sottoposta ad una perizia da parte del SAM. Dal relativo rapporto 11 marzo 1994 si evince che i periti per la valutazione dell'inabilità lavorativa si sono basati sul consulto del dr. _____, specialista in ortopedia, il quale ha rilevato che: " (...) "I dolori lamentati dalla p. sono quasi esclusivamente muscolari, di tipo tendinosi. Si tratta di una manifestazione psicosomatica. Valuto l'incapacità lavorativa, per la professione di aiuto domiciliare, provocata da questi disturbi, a ca. il 25%. La p. potrebbe sicuramente trarre beneficio da una cura di bagni termali. In seguito dovrebbe fare regolarmente ed intensamente ginnastica, con esercizi di stretching". (...) " (Doc. AI __, pag. 14) Il SAM ha poi concluso: " (...) Al termine della sua permanenza presso il SAM di Bellinzona, riteniamo la Signora _____, abile, nelle attività precedentemente svolte, nella misura del 75%, a partire dal marzo 1992, fino ad ora e continua. Le affezioni extra-traumatiche preesistenti all'infortunio sono rappresentate dal blocco vertebrale C5-6, dall'uncartrosi C3-4, e dalla modica discopatia L4-5." (Doc. AI __, pag. 14)

2.5. Dopo la ricezione della seconda domanda AI, l'amministrazione si è rivolta al medico curante dell'assicurata, Dr. _____. Nel suo rapporto 9 febbraio 2001 egli ha posto la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: " A. Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: 1. Sindrome panvertebrale cronica su: - Importanti alterazioni degenerative del rachide, soprattutto a livello cervicale. - Marcate turbe statiche. - Tendenza alla generalizzazione dei dolori nel

senso di una sindrome fibromialgica. 2. Sospetta causalgia all'emiviso sx (algia facciale atipica). La paziente lamenta dolori diffusi al sistema locomotore già da vari anni, i quali vengono fatti risalire ad un incidente avuto nel 1991 quando si era fratturata il coccige. (...)” (Doc. __, pag. 1) Circa l’esigibilità di un’attività lucrativa il curante ha rilevato che lo stato di salute della paziente non ha “ direttamente alcun influsso sull’attività di telefonista da lei svolta, soprattutto visto che praticava un’attività in proprio, potendo così muoversi senza alcuna restrizione. L’assicurata si è però lamentata del fatto che questo lavoro la costringe a restare a casa tutto il giorno in attesa di una telefonata (lavorava per un numero __)” . Ritenendo che l’assicurata “possa benissimo lavorare tre le 6 e 8 ore al giorno, alla condizione che possa alzarsi e cambiare spesso di posizione” e che “ non l’è invece possibile restare per oltre 1 ora seduta nella stessa posizione” il medico curante ha concluso: " (...) Ritengo che l'assicurata possa ancora svolgere un'attività lavorativa, senza particolari limitazioni, qualora si potesse trovare un lavoro leggero, nel quale non dovrebbe sovraccaricare la sua colonna vertebrale, senza dover sollevare pesi, lavoro che le permetta di cambiare frequentemente di posizione. Per un tale lavoro ritengo che la paziente possa essere considerata almeno al 70% abile (circa 6 ore al giorno). (...)" (Doc. __, pto. 2.2.1.) _____ sostiene che, a causa dei dolori alla schiena, non può svolgere lavori pesanti e sedentari. Orbene, seppur agli atti non vi è alcuna refertazione medica che contraddica quanto accertato dal dr. _____, deve esser comunque ricordato che è lo stesso medico curante a suggerire che: " una volta eseguiti gli accertamenti ancora in atto, ed esclusa una patologia a me finora sfuggita, la paziente dovrebbe essere convocata per una valutazione professionale, ad esempio presso la _____. Se ciò non fosse possibile bisognerà evidentemente fare eseguire una perizia reumatologico-ortopedica, onde poter valutare l’intera complessa situazione .” (sottolineatura del redattore, doc. __). L’amministrazione non può quindi fondarsi su tale rapporto per esprimere un giudizio definitivo sull’incapacità lavorativa. Inoltre, a giustificare la necessità di un approfondito esame dello stato di salute dell’assicurata, vi è la circostanza che, come si evince dal rapporto 16 gennaio 2001 dello specialista in neurochirurgia dr. _____, _____ è affetta da una causalgia all’emiviso sinistro conseguente ad un “dolore facciale atipico di eziologia sconosciuta...”. Non solo, lo specialista ha anche rilevato che le discopatie a livello C5/C6 e C6/C7, sebbene non in stretta relazione con i dolori al viso, “non dovrebbero essere sottovalutate” (cfr. doc. __), raccomandando comunque di rivolgersi ad uno specialista in chirurgia maxillo-facciale, dr. _____, dal quale l’assicurata è tuttora in cura (cfr. “La paziente sta pure attualmente facendo una valutazione odontoiatrica presso lo studio del dottor _____.” cfr. rapporto 9.02.2001 dr. _____ doc. __). Oltre a ciò, rispetto alla perizia del SAM, la problematica alla schiena risulta essere peggiorata. Nel referto si parla di “dolori esclusivamente muscolari, di tipo tendomiosi”, mentre la diagnosi posta dal dr. _____ è di “osteofitosi importante C3, C4 e discopatia molto accentuata a livello C5/C6 e C6/C7 ” (sottolineatura del redattore, doc. __). Infine, meritevole di un esame è anche l’aspetto psichiatrico dell’assicurata. Difatti già nella perizia del SAM i dolori muscolari sono stati definiti “una manifestazione psicosomatica”. e nel rapporto 21 aprile 2000 il Servizio di psichiatria e di psicologia medica di _____ si legge che “ la paziente non presenta disturbi psicopatologici maggiori mentre evidenzia le problematiche succitate legate all’adattamento e alla sua professione particolare in cui è costretta rimanere in casa tutto il giorno in attesa delle telefonate condizionando pesantemente le sue relazione affettive e sociali.” (doc. __ prodotto con il ricorso). In queste circostanze, a mente del TCA, appare necessario determinare, mediante l’esperimento di una perizia multidisciplinare, in che

misura l'affezione fisica e psichica di cui _____ è portatrice, incida sulla sua capacità lavorativa. Ne consegue che l'incarto deve essere retrocesso all'amministrazione affinché proceda conformemente a quanto sopra indicato e renda una nuova decisione. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é accolto . § La decisione 29 agosto 2001 è annullata. §§ Gli atti sono rinviati all'UAI affinché proceda agli accertamenti conformemente ai considerandi e renda in seguito una nuova decisione. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente II
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti

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