

TI_GERICHTE 32.2001.93 vom 11. Oktober 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-10-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.93

FR: TI_GERICHTE 32.2001.93 du 11 octobre 2001

IT: TI_GERICHTE 32.2001.93 del 11 ottobre 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 2

LAI, il diritto alla mezza rendita è stato riconosciuto dal 1° settembre 1998 (un anno dalla nuova richiesta). Con il presente gravame l'assicurata contestata la valutazione della perizia pluridisciplinare. 2.6. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAL 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Il TFA ha inoltre precisato che, nell'ipotesi in cui si tratti di una lite in materia di prestazioni, dall'art. 4 CF rispettivamente 6 CEDU, non può essere dedotto il diritto di essere sottoposto ad una perizia medica esterna (DTF 122 V 157). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). 2.7. Nell'evenienza concreta, l'assicurata contesta la valutazione del SAM facendo riferimento allo scritto 27 novembre 2001 del suo medico curante, dr. _____, il quale ha osservato: " (...) La documentazione in mio possesso la conosco, per cui mi limito a citare alcuni punti della valutazione finale dell'AI. 1.- La perizia ortopedica richiesta dall'A.I conclude ad una incapacità lavorativa del 50% - 60%. 2.- La perizia

psichiatrica conclude ad un'incapacità lavorativa del 20%-30%, con prognosi riservata. 3.- Vi sono anche i disturbi della sfera urogenitale e della zona terminale dell'apparato digerente, che non sono stati fatti oggetto di perizie specifiche. È evidente che i vari gradi d'incapacità lavorativa non si sommano matematicamente, ma è altrettanto evidente che si possano integrare per peggiorare il grado di incapacità di un apparato rispetto a quando è considerato come ente a se stante. Non ho per contro mai visto un'incapacità in un apparato che migliori l'incapacità di un altro apparato. Ed è quanto mi sembra sia stato valutato in questo caso, poiché già solamente a livello ortopedico si parla di un'incapacità del 50-60%, mentre la valutazione globale conclude ad un 50%. Ora, anche con la più grande fantasia, mi risulta difficile immaginare come possa essere utilizzato il soggetto in qualità di forza lavorativa al 50%. Inoltre è anche difficile concepire una riqualifica in un soggetto dalla scarsa scolarizzazione e dal basso tasso intellettuale, complicato dai problemi psichiatrici. Questo è quanto dovevo per una valutazione globale della problematica presentata dalla signora _____." (Doc. _) Va innanzitutto rilevato come il SAM abbia proceduto ad una completa ed approfondita valutazione dello stato di salute dell'assicurata considerando la totalità dei disturbi riscontrati, basandosi, oltre ai consulti specialistici riportati al consid. 2.5, sulla nutrita documentazione medica acquisita agli atti. Dal punto di vista ortopedico l'assicurata è stata ritenuta inabile al 50-60% nella sua professione di inserviente d'ospedale (addetta alle pulizie), in particolare a causa delle problematiche riscontrate ai piedi. Il consulto psichiatrico ha concluso per un'incapacità del 20-30%. Per quel che concerne la patologia venosa, invece, l'inabilità è stata accertata al 30%. I periti hanno poi valutato globalmente un'abilità tra il 40 e il 50%, dal 1° gennaio 1997 riferita al lavoro precedentemente esercitato ed in attività da svolgere prevalentemente in piedi con trasporto di pesi non superiori ai 10-15 chili. Essi non hanno quindi addizionato matematicamente ogni singola inabilità. Al proposito merita ricordare che nella sentenza non pubblicata del 4 settem-bre 2001 nella causa SDS (I 338/01) il TFA ha avuto modo di specificare che "in caso di perizia allestita dai medici del SAM le diverse patologie della persona assicurata e le interazioni fra le stesse vengono valutate da esperti del ramo; il giudizio globale circa il grado d'inabilità lavorativa scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati, al fine di stabilire se le affezioni riscontrate siano o meno sovrapponibili ed eventualmente in quale misura", rilevando che "la questione a sapere se i singoli gradi d'inabilità si possano sommare, e se del caso in quale misura, è una questione squisitamente medica che, di principio, il giudice non rimette in discussione". Ora, la valutazione dell'inabilità lavorativa globale del 50%, a cui il dr. _____ fa riferimento, corrisponde all'esigibilità dell'assicurata in attività semisedentarie e più leggere. Quindi non si riferisce al lavoro di addetta alle pulizie presso l'_____, attività che svolgeva prevalentemente in piedi. Il medico curante sostiene inoltre che i disturbi della sfera urogenitale e della zona terminale dell'apparato digerente non sono stati oggetto di perizie specialistiche. Orbene, dall'esame della perizia del SAM risulta come le succitate affezioni siano stati debitamente prese in considerazione e messe in relazione ad un'eventuale capacità lavorativa. Difatti i periti, riferendosi al consulto del dr. _____, hanno rilevato che "lo specialista prende pure in considerazione le altre patologie di sua competenza, cioè la lieve incontinenza ed il sospetto rettocele. Nel consulto chirurgico del 27.02.2001 egli esprime la sua valutazione d'incapacità lavorativa per queste affezioni" (doc. AI _ pag. 11). Inoltre, lo stesso dr. _____ ha rimarcato che "per i problemi di defecazione e la lieve incontinenza urinaria, la paziente è costretta a recarsi diverse volte durante il lavoro al gabinetto, senza che la sua capacità lavorativa sia diminuita" (cfr. rapporto 27 febbraio 2001 allegato alla

perizia SAM doc. AI _). Pertanto, alla luce delle risultanze della perizia - cui non può che essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6) - è da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che _____ presenta un'inabilità lavorativa nella precedente attività, e di riflesso, un'incapacità al guadagno tra il 50-60 %, dal 1° gennaio 1997. Altresì confermata è l'incapacità lavorativa del 40%, sempre nell'attività a suo tempo esercitata dall'assicurata, dal 1° gennaio 1986, così come risulta dalla prima perizia del SAM datata 20 marzo 1987 (doc. AI _). 2.8. Tenuto conto delle risultanze peritali, l'amministrazione ha stabilito, in applicazione dell'art. 48 cpv. 2 LAI, un diritto alla mezza rendita dal 1° settembre 1998, ossia un anno prima della seconda domanda di prestazioni (14 settembre 1999) poiché quest'ultima è stata presentata oltre dodici mesi dopo l'inizio al diritto ad una rendita (1° gennaio 1987, dopo l'anno di carenza ex art. 29 cpv. 1 LAI). Rettamente. Secondo il TFA, infatti, il termine retroattivo d'inizio della prestazione in caso di una nuova domanda susseguente ad una precedente decisione di rifiuto della rendita va determinato giusta l'art. 48 cpv. 2 LAI (DTF 109 V 117 consid. 4), il quale stabilisce che " se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro dodici mesi da quando ne ha avuto conoscenza." (Sottolineatura del redattore). Nel momento stabilito in base alla norma citata devono inoltre essere adempiuti anche i presupposti dell'art. 29 cpv. 1 LAI (DTF 109 V 117 consid. 4; DTF 97 V 59 consid. 1). Occorre comunque precisare che, secondo la giurisprudenza del TFA, con " i fatti motivanti il diritto" si fa riferimento al danno alla salute fisica o mentale che causa un'incapacità di guadagno permanente o di lunga durata o che provoca, in assicurati senza attività lucrativa, un impedimento nelle proprie mansioni abituali. Pertanto la "conoscenza" di tali fatti non si riferisce alla facoltà soggettiva dell'assicurato di rendersi conto del proprio stato di salute, ma piuttosto alla possibilità oggettiva di stabilire che tale stato è suscettibile di aprire il diritto alle prestazioni da parte dell'assicurazione invalidità (cfr. DTF 100 V 120; RCC 1984 pag. 420). Nel caso in esame, a seguito della prima domanda, all'assicurata è stata riconosciuta un'invalidità del 40% dal 1° gennaio 1987. Tuttavia, come visto, la richiesta di prestazioni è stata respinta in quanto a quell'epoca, per avere diritto ad una mezza rendita, l'interessato dove trovarsi in una situazione finanziariamente gravosa, ciò che non è stato il caso della ricorrente. Con la decisione 27 maggio 1987 di rifiuto sono così venuti a meno anche gli effetti della domanda ("Ist ein Leistungsbegehren rechtskräftig abgewiesen worden, so verliert die Anmeldung, mit der es geltend gemacht worden ist, ihre Wirkung; ein späterer Leistungsanspruch kann nur durch eine neue Anmeldung gewahrt werden", Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgesetzes zum IVG, Zurigo 1997, pag. 283 in fine). Quindi, per delimitare il diritto alle prestazioni assicurative, fa stato la seconda domanda inoltrata il 14 settembre 1999, da considerare come tardiva ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 LAI. Ne consegue, dunque, che rettamente l'amministrazione ha fissato al 1° settembre 1998 l'inizio del diritto alla mezza rendita. Inoltre, nulla agli atti permette di ritenere siccome adempiuti i requisiti per riconoscere anteriormente una prestazione assicurativa come previsto dall'art. 48 cpv. 2 seconda frase LAI. Infine, in via abbondanziale va rilevato che ai sensi delle disposizioni transitorie finali relative alla modifica del 9 ottobre 1986 (2a revisione della LAI), la ricorrente non aveva

diritto né ad un quarto di rendita secondo il nuovo articolo 28 LAI (in vigore dal 1° gennaio 1998), né ad una revisione della rendita ex art. 41 LAI. I capoversi 1 e 2 delle citate disposizioni transitorie, valide dal 1° gennaio 1998, prevedono infatti che " Dalla sua entrata in vigore, il nuovo articolo 28 è applicabile anche alle rendite d'invalidità in corso, con le restrizioni seguenti. Le rendite assegnate in base a un grado d'invalidità inferiore al 40 per cento devono essere rivedute (art. 41 LAI) entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge. Se la revisione rileva un grado d'invalidità del 33 1 /

E. 3

per cento almeno, l'importo della rendita in corso è mantenuto fintanto che siano adempiuti i presupposti per i casi di rigore." (Sottolineatura del redattore). Siccome a seguito della prima domanda l'assicurata non ha avuto diritto ad una rendita d'invalidità, le succitate disposizioni non trovano applicazione. In conclusione, la decisione contestata merita conferma ed il ricorso va respinto.

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