

TI_GERICHTE 32.2002.44 vom 13. März 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-03-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.44

FR: TI_GERICHTE 32.2002.44 du 13 mars 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2002.44 del 13 marzo 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 36

consid. 3b). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2d, DTF 114 V 314 consid. 3a, 105 V 158 consid. 1; RCC 1982 pag. 35 consid. 1). Non spetta invece al medico di graduare l'invalidità dell'assicurato. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute e nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro (RCC 1991, pag. 331 consid. 1c). Il medico non possiede invece né la preparazione né gli strumenti per pronunciarsi sulla capacità di guadagno. Quest'ultimo giudizio spetta all'amministrazione, rispettivamente al giudice, e deve essere formulato sulla base del raffronto dei redditi (RCC 1986, pag. 432). I documenti medici sono comunque sempre di rilievo quando permettono di dedurre le conseguenze economiche delle affezioni accertate (STFA non pubbl. del 2 luglio 1996 in re M.N. p.4. consid. 2; DTF 114 V 314 consid. 3c). Di conseguenza, il fatto che un assicurato sia, sotto il profilo medico, incapace al lavoro ad un determinato grado, non significa ancora ch'egli debba necessariamente beneficiare del riconoscimento dello stesso grado d'invalidità da parte della Commissione AI. L'incapacità di guadagno (sulla quale si fonda il concetto d'invalidità ai sensi dell'art. 4 LAI) si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 228). La LAI tutela dunque non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa, ma l'incapacità al guadagno. Di regola, l'invalidità economica appare inferiore all'inabilità medica; in taluni casi particolari, per contro, si deve ammettere che l'incapacità al guadagno sia superiore al mero grado d'incapacità lavorativa sotto il profilo medico (cfr. ad es. B. Schatz, *Kommentar zur eidg. Militärversicherung*, Zurigo, 1952, pagg. 140 e 141).

2.4. La giurisprudenza permette, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, che la graduazione dell'invalidità avvenga eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (cfr. *Pratique VSI 1998* p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, J. L., *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è

allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s, Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Losanna 1985, p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag.123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 104 V 138; ZAK 1987 p. 260s. consid. 2a; DTF 105 V 151). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag.123 consid. 1a). Nella prassi il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente. Nel caso di un indipendente, il TFA ha precisato che il raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c).

2.5. Nella fattispecie in esame l'UAI ha constatato una parziale inabilità lavorativa assegnando all'assicurato una rendita del 50%. L'amministrazione si è basata sulla perizia del SAM dalla quale è emerso: "(...) Patologia pneumologica L'A. presenta una sindrome di apnee da sonno. All'inizio dei 2000 fu indagato per questa patologia presso l'Ospedale Regionale di _____. Abbiamo presentato l'A. al nostro consulente dr. _____ che conferma la diagnosi e consiglia una drastica diminuzione del peso (inoltre una discussione sulla necessità di un intervento operatorio tipo gastric banding, rispettivamente una terapia con CPAP nasale). Dal profilo pneumologico l'A. è totalmente abile al lavoro come falegname. Sconsigliabili sono attività in cui è necessaria una vigilanza completa (guida di autoveicoli, apparecchiature sofisticate, conduzione di gru ecc..). Patologia psichiatrica Durante i soggiorni ospedalieri l'A. è stato valutato da specialisti in psichiatria e in modo particolare è a nostra disposizione la valutazione del dr. _____ (degenza a _____ dell'agosto - settembre 2000). Per un certo periodo l'A. è stato seguito da una psicologa e al momento attuale assume solamente Xanax. Abbiamo presentato l'A. al nostro consulente dr. _____ che trova una sindrome depressiva ricorrente con una prognosi a medio - lungo termine poco favorevole. Consiglia una presa a carico di tipo psichiatrico ed una corretta psicofarmacoterapia. Consiglia di valutare il caso fra qualche anno. Dal profilo psichiatrico l'A. presenta un'incapacità lavorativa del 50%. L'A. presenta un'ipertensione arteriosa trattata medicamentosamente. Durante il soggiorno al SAM abbiamo notato valori al di sopra delle norme OMS e valori molto alti durante la cicloergometria. Gli accertamenti cardiologici eseguiti presso il SAM (cicloergometria e ecocardiografia) non parlano per nessuna coronaropatia e non mostrano danni cardiaci dovuti all'ipertensione arteriosa. Non vi sono nemmeno indizi per una

nefropatia. Un calo ponderale e una terapia della sindrome di apnee da sonno avrebbero un influsso benefico sull'ipertensione arteriosa. La sindrome cervico e lombovertebrale e i dolori agli arti inferiori sono poco accentuati e non limitano la capacità lavorativa dell'A. H

VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITÀ

LAVORATIVA La patologia psichiatrica è il fattore limitante della capacità lavorativa dell'A. Globalmente l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 50% come falegname (indipendente), a partire dall'ottobre 1999 (come codificato dal medico di famiglia) e continua. Alle domande posteci nell'incarico peritale così possiamo rispondere: 1.

Anamnesi: Vedasi capitoli A.1 e A.2. 2. Dati soggettivi dell'A.: Vedasi capitolo A.3.

3. Costatazioni obiettive: Vedasi capitoli C, D ed E. 4. Diagnosi: Vedasi capitolo F.

5. Grado di capacità di lavoro, in percentuale, nell'esercizio dell'attività lucrativa o dell'attività abituale (p. es. casalinga) svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute: - Quando la capacità di lavoro ha subito una riduzione pari almeno al 25 per cento?

Basandoci sugli atti a nostra disposizione vi è stata una riduzione della capacità lavorativa dell'A. nell'ottobre 1999. Negli anni precedenti vi sono state delle incapacità lavorative di breve durata (come durante la degenza alla Clinica _____ nel dicembre 1997).

Valutiamo l'A. incapace al lavoro nella misura del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto della metà) dall'ottobre 1999 e continua. - Quali sviluppi ha subito da allora la capacità di lavoro? Successivamente non vi sono più state modificazioni importanti della capacità lavorativa dell'A., eccezion fatta per un'incapacità lavorativa totale nel mese di settembre 2000 durante il ricovero alla clinica _____.

- Quali ulteriori sviluppi ci si deve probabilmente attendere? Al momento attuale non si può prevedere un miglioramento della capacità lavorativa, essendo la prognosi psichiatrica poco favorevole a medio - lungo termine. 6. Possibilità di migliorare la capacità di lavoro: E' possibile che la capacità lavorativa dell'A. migliori in futuro con i consigli terapeutici dei nostri consulenti (calo ponderale, eventualmente gastric banding, eventualmente CPAP nasale e cure psichiatriche). Anche in altre attività leggere e medie l'A. presenta un'incapacità lavorativa del 50% dall'ottobre 1999 e continua." (cfr. doc. _) Tale valutazione è stata contestata dall'assicurato, in quanto a suo dire non si sarebbe tenuto sufficientemente conto dell'aspetto neurologico e pneumologico del paziente. L'assicurato indica a sostegno della propria tesi le valutazioni mediche del Dr _____.

In data 2 maggio 2000 il Dr. _____ ha attestato: " (...) 4.1 Sonnolenza in qualsiasi posizione. Stanchezza 4.3

Dai primi di giugno del 1999 ad oggi il paziente è passato da 136 kg a 121 kg. Sempre obeso. P/A 170/100. Lombalgie. Allego copia degli esami eseguiti finora. Il paziente è da ritenersi inabile al lavoro al 100 % fino ad una diminuzione del peso e alla scomparsa dello stato di ipersonnia." (cfr. doc. _) In data 26 novembre 2001 il Dr. _____ ha precisato:

" (...) Dall'incarto medico risulta che il grado di invalidità è stato concesso per problemi psichiatrici ed è stata ignorata la parte concernente l'apnea notturna, l'obesità permanente con tutta la comorbidità associata ed i problemi scheletrici fortemente sintomatici. L'ultimo consulto medico mette in mostra un paziente che pesa 137kg nudo e con una PA di 180/120. Già questi due sintomi sono sufficienti per formulare una prognosi sia per la futura capacità lavorativa che per la sopravvivenza. Volendo accettare i consigli degli specialisti per una presa a carico psichiatrica e per una terapia dietetica adeguata, cosa che verrà senz'altro fatta, i primi reali risultati potrebbero vedersi non prima di un anno e mezzo circa sottolineando che il paziente dovrebbe essere considerato inabile a qualsiasi attività lavorativa. A questo punto credo che il paziente dovrebbe essere considerato inabile al lavoro oltre il 66,6%." (cfr. doc. _) Richiesto dal TCA a voler fornire alcuni chiarimenti in

merito all'esigibilità dell'attività di falegname tenuto conto in particolare dei fattori di rischio evidenziati con riferimento all'affezione pneumologica, con rapporto 26 giugno 2002 il SAM, come visto (cfr. consid. 1.5), ha precisato che per quanto riguarda le apnee notturne " vi è un rischio maggiore d'incidenti con veicoli a motore a causa della citata patologia. Sull'attività lavorativa non vi sono studi che dimostrino un accresciuto rischio. D'altronde la sindrome delle apnee notturne è ben curabile.... La guida del furgone può essere delegata ai collaboratori (ricordiamo che l'A. aveva da due a quattro / scarico di materiale effettuato da più persone. Fra l'altro , l'A. presenta disturbi alla colonna vertebrale di lieve entità (...) ", concludendo per una completa capacità al lavoro dal profilo pneumologico e confermando la valutazione di un'incapacità del 50% per motivi psichici (cfr. doc. _). 2.6. Affinché 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). Inoltre, secondo costante giurisprudenza, le perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa 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 125 V 352 consid. 3a; 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 quel che riguarda perizie dell'amministrazione fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 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). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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 (U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). 2.7. Dopo attento esame della fattispecie questo TCA ritiene che la fattispecie necessiti di ulteriori accertamenti al fine di stabilire l'effettiva incidenza delle patologie evidenziate in sede peritale sulla capacità al lavoro e, di riflesso, al guadagno dell'assicurato. Per quanto riguarda la valutazione medica, alla perizia del SAM, laddove - sulla base di un completo e approfondito accertamento dello stato di salute dell'assicurato - essa stabilisce un'incapacità lavorativa per motivi psichici del 50% (presenza tutto il giorno con rendimento ridotto)

nella professione di falegname o in altre attività leggere o medio-leggere, non evidenzia patologie invalidanti di natura cardiologica ed accerta, dal profilo diagnostico, la presenza di una sindrome da apnee da sonno, può senz'altro essere attribuita, conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6), valenza probatoria piena. Per quanto concerne in particolare le conseguenze invalidanti dovute alla citata sindrome di apnee da sonno, i periti del SAM, dopo aver evidenziato da un lato l'inesistenza di studi che dimostrino l'esistenza di un rischio accresciuto sulla capacità lavorativa (in genere), dall'altro la presenza di rischi maggiori d'incidenti con veicoli a motore, hanno concluso per una piena capacità lavorativa dell'assicurato quale falegname dal profilo pneumologico, osservando che l'interessato dovrà unicamente delegare la guida del furgone e che la stessa può in concreto essere assunta dai suoi operai (secondo il SAM l'assicurato si avvaleva della collaborazione di due a quattro operai). Orbene, a mente di questa Corte una corretta e completa valutazione dell'effettiva incidenza dell'affezione pneumologica sulla capacità lavorativa dell'assicurato necessita di ulteriori accertamenti volti da un lato ad appurare in che misura in concreto lo svolgimento dell'attività di falegname in proprio comporta l'utilizzo di veicoli a motore da parte dell'assicurato - il quale contrariamente a quanto sostenuto in sede medica, si avvaleva della collaborazione di un unico operaio dipendente nonché di un apprendista (cfr. doc. AI _), dall'altro a verificare, tramite il proprio consulente professionale (e se del caso sulla scorta di eventuali dati statistici o altri elementi di valutazione disponibili al riguardo), la pertinenza in concreto di quanto evidenziato in sede medica quo all'asserita assenza, in caso di sindrome da apnee notturne, di rischi accresciuti nello svolgimento dell'attività di falegname, tenuto conto in particolare del fatto che lo svolgimento di siffatta attività implica l'esecuzione di mansioni comportanti l'utilizzo di determinate apparecchiature richiedenti particolare vigilanza ed attenzione (circostanza questa per altro ammessa dall'amministrazione in sede di risposta seppur con la precisazione che trattasi di compiti svolti in lassi di tempo limitati). Stante quanto sopra si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda ai suindicati accertamenti in esito ai quali essa renderà un nuovo giudizio. Nella valutazione della fattispecie dovrà se del caso essere tenuto conto anche dell'esigibilità di eventuali altre attività compatibili con lo stato di salute dell'assicurato e stabilire quindi, qualora non sia escluso procedere in maniera sufficientemente precisa al raffronto dei redditi, l'invalidità di _____ in applicazione del metodo generale (cfr. consid. 2.2 -2.4), dovendosi al riguardo osservare che in sede peritale l'interessato, in considerazione dell'affezione psichica, è stato giudicato idoneo a svolgere (anche) attività leggere o medio-leggere nella misura del 50%. 2.8. Dagli atti risulta inoltre che nel mese di maggio 2002 l'assicurato è stato seguito presso la Clinica _____ per un riacutizzarsi di una sindrome depressiva e che in data 14 giugno 2002 ha subito un infarto del miocardio ed è stato ricoverato al _____, dove gli sono stati posati due stents sul RIVA medio (cfr. doc. _). L'assicurato, sulla scorta del certificato medico 23 agosto 2002 del dott. _____, chirurgo (doc. _) assevera che l'infarto del miocardio sarebbe da mettere in stretta relazione con le patologie oggetto dell'esame del SAM (cfr. XVIII). Per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa – in casu il 13 marzo 2002 - , quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Eccezionalmente il giudice può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente alla decisione

impugnata, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263) e siano suscettibili di influenzare il giudizio (RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In casu, se è ben vero che la succitata refertazione medica attesta l'insorgenza, successivamente all'emanazione del querelato provvedimento, di nuovi eventi patologici (infarto del miocardio) rispettivamente il riacutizzarsi di patologie preesistenti con carattere invalidante (sindrome depressiva), va tuttavia evidenziato che la stessa non consente di stabilire in maniera chiara e precisa se vi è stato un aggravamento dell'incapacità lavorativa tale da giustificare un aumento del grado d'invalidità e quindi una modifica del diritto a prestazioni ai sensi degli artt. 41 LAI e 88a cpv. 2 OAI. In simili condizioni, l'amministrazione, oltre a procedere agli accertamenti indicati al precedente considerando atti a stabilire la capacità lavorativa e, di riflesso al guadagno, dell'assicurato al momento della decisione impugnata tenuto conto delle affezioni evidenziate dai periti del SAM, dovrà parimenti procedere ad esperire le necessarie indagini mediche (ed eventualmente economiche e professionali) per stabilire se, dopo l'emanazione della querelata pronunzia, la situazione invalidante ha subito un cambiamento tale da giustificare una modifica del diritto alla rendita. Anche in tale occasione dovrà essere valutata in primis la possibilità di procedere al calcolo dell'invalidità secondo il metodo generale del raffronto dei redditi, pur avendo l'assicurato svolto l'attività di falegname a titolo indipendente (cfr. consid. 2.2-2.4).

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