

## **TI\_GERICHTE 32.2002.59 vom 18. April 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-04-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2002.59](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.59)

FR: TI\_GERICHTE 32.2002.59 du 18 avril 2002

IT: TI\_GERICHTE 32.2002.59 del 18 aprile 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 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. Dagli atti dell'incarto emerge che il medico curante dell'assicurato, Dr. Med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale, nel suo rapporto 7 settembre 2000, ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 50% nella professione di disegnatore civile, a partire dal 23 agosto 2000, osservando: " Madre affetta da coronaropatia, fratello iperteso. Nel 1992 infortunio dove si procura una ferita lacero contusa alla mano destra dorso-radiale con rottura dei tendini, suturata all'\_\_\_\_\_, nella quale risiedono delle aderenze. Stato dopo frattura della tibia destra nel 1996. Nel maggio 2000 pongo la diagnosi di ipertensione arteriosa dopo vari accertamenti

dimostratasi essenziale e viene introdotto un trattamento antidepressivo. Lamenta dolore e riduzione della mobilità nella mano destra; lamentava dei capogiri e un lieve stato depressivo. All'esame clinico internistico viene riscontrata un'importante ipertensione con valori di 190/120 che con adeguato trattamento giungiamo in breve tempo a valori sui 135/95-100 di minima. Gli esami di laboratorio evidenziano inoltre una epatopatia chiaramente secondaria ad abuso etilico per cui viene consigliato al paziente una riduzione del loro consumo. Per il problema a livello della mano nel maggio 2000 lamenta dolori a livello della mano destra a causa del pregresso infortunio viene richiesto un consulto specialistico al Dr. \_\_\_\_\_ il quale propone un'attitudine conservativa (Rapp. già in vostro possesso)." (Doc. AI \_) Anche il Dr. Med. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia della mano, nel suo rapporto medico del 21 settembre 2000, ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 50% nella professione di disegnatore (cfr. doc. AI \_). La Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico del Servizio Medico Regionale (di seguito SMR), nella "proposta medico" redatta in data 24 aprile 2001, ha dal canto suo osservato: " (...) Il medico curante Dr. \_\_\_\_\_ certifica una inabilità lavorativa del 50% dal 23.08.00. Nel suo rapporto certifica la presenza di aderenze tendinocutanee dei distensori radiali del carpo e dell'estensore lungo del pollice che provoca dolore e riduzione della mobilità della mano destra. Come ulteriori diagnosi è presente una ipertensione arteriosa ed un abuso etilico con epatopatia. Viene inoltre citato la presenza di un lieve stato depressivo. La diminuzione della capacità lavorativa del 50% viene attribuita a difficoltà nello scrivere causa dolori, mentre per attività in cui non viene sovraccaricata la mano interessata ci sarebbe una capacità lavorativa del 100%. Pare che le altre patologie citate nel rapporto non abbiano un ruolo determinante per l'incapacità lavorativa. Dello stesso parere lo specialista chirurgo della mano Dr. \_\_\_\_\_ che da una capacità lavorativa del 50% quale disegnatore, mentre in un'attività di sola sorveglianza l'A. sarebbe abile in maniera totale. Visto comunque che l'A. dopo l'infortunio del 1992 ha sempre lavorato per altri 8 anni nella sua professione, penso sia giustificato chiedere una perizia specialistica ad un altro chirurgo della mano (penso in particolar modo al reparto di chirurgia della mano al Kantonsspital \_\_\_\_\_), in particolare per avere delle indicazioni più precise sulla effettiva limitazione funzionale presente. (...)" (Doc. AI \_) Visto quanto sopra, il 6 agosto 2001 l'UAI ha assegnato alla Dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia plastica e ricostruttiva, specialista nella chirurgia della mano, di \_\_\_\_\_, l'incarico di allestire una perizia medica (cfr. doc. \_). \_\_\_\_\_ è quindi stato sottoposto in data 27 agosto 2001 ad un esame medico approfondito (cfr. doc. \_). Nel rapporto datato 30 novembre 2001 la Dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo aver proceduto alla valutazione dello stato di salute dell'insorgente, ha riscontrato: " (...) 4. Diagnosi - Mobilità ridotta del polso destro su tenodesi degli estensori radiali del carpo (ECRL e ECRB) e dell'estensore lungo del pollice (EPL) -

Disestesia nel territorio del nervo radiale sensitivo alla mano destra - Artrosi posttraumatica a livello STT - Stato dopo osteosintesi di una frattura gamba destra con leggera diminuzione della mobilità della caviglia Diagnosi per le quali non posso esprimermi, ma che sono da valutare da un medico internista: - Ipertensione, cardiopatia e depressione 4.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro - Mobilità ridotta del polso destro su tenodesi degli estensori radiali del carpo e dell'estensore lungo del pollice - Artrosi STT - Leggera diminuzione della mobilità della caviglia Esistenti da quando? Per la mano destra: da quando ha ripreso il lavoro nel 1996 segnalava dolori, ma questi sono in aumento dall'inizio 2000 (probabilmente in seguito allo sviluppo di un artrosi). Per la gamba destra: Da quando ha

incominciato il programma disoccupazionale e da quando esegue lavori di manutenzione, inizio circa a giugno 2001. 4.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità del lavoro - Disestesia nel territorio del nervo radiale sensitivo mano destra Per quel che concerne le diagnosi internistiche è da valutare con un medico internista. Esistenti da quando? Dall'incidente il 16.04.1992 per la disestesia nel territorio del nervo radiale. 5. Valutazione e prognosi Il Signor \_\_\_\_\_ ha riportato nel suo incidente del 16.4.1992 una lesione tendinea, nervosa e articolare a livello del polso destro con limitazione della mobilità, persistente 9 anni dopo l'incidente. Lo stato attuale può essere considerato come stabilizzato per quel che concerne le lesioni tendinee e il nervo radiale. Per la lesione ossea c'è da aspettarsi un peggioramento con la progressione di un'artrosi già presente attualmente. In un futuro prossimo però non c'è da aspettarsi un notevole cambiamento della situazione attuale per quel che concerne la lesione a livello della mano destra. Le radiografie del polso destro (a.p., lat e obliqua) eseguite il 27.08.2001 al mio studio medico mostrano una leggera riduzione dello spazio radio-scaphoideo senza segni importanti di artrosi a questo livello, presenza di segni d'artrosi STT. Presenza di una calcificazione a livello della stiloide radiale (assente sulla radiografia del 16.4.1992). B. Conseguenze sulla capacità di lavoro 1. Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati A livello psicologico e mentale Il Signor \_\_\_\_\_ soffre soprattutto del fatto di aver perso il suo impiego che aveva per oltre 30 anni presso la stessa ditta quale disegnatore e di non vedere via d'uscita nella situazione attuale del mercato di lavoro. Teme di non trovare un lavoro che gli sarebbe possibile eseguire con una limitazione dell'uso della mano destra. È triste di non poter più fare le cose che gli facevano piacere (p.e. certi lavori di giardinaggio). I risvegli notturni per dolori alla mano destra gli pesano psicologicamente. A livello fisico A livello fisico la limitazione dell'uso della mano destra richiede delle interruzioni di lavori ripetitivi con pause (p.e. scrivere, disegnare). La diminuzione della forza della mano destra gli rende difficile sollevare e portare oggetti con le due mani. Lavori su pendii gli causano dolori alla caviglia destra in fine giornata. È limitato negli sforzi, sia per la durata che anche per la forza. Nell'ambito sociale Non ci sono limitazioni risentite nell'ambito sociale. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? L'attività che il Signor \_\_\_\_\_ esegue attualmente nell'ambito del programma di inserimento della Cassa disoccupazione con lavori manuali di manutenzione per il comune (p.e. tagliare erba, lavori con la motosega ecc.) gli causa dolori soprattutto in fine giornata. Non si sente di assumere il carico di lavoro che dovrebbe eseguire e si sente perciò sempre al limite delle sue capacità. Si lamenta di dolori notturni al polso destro con risvegli a causa dei dolori. 2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico Capacità di eseguire lavori che non richiedono forza a livello della mano destra e che non sono ripetitive, p.e. lavoro di sorveglianza, venditore, lavoro di ufficio interrotto da occasionali uscite in cantiere ecc. 2.3 L'attività attuale è ancora praticabile? Il lavoro che il Sig. \_\_\_\_\_ esegue attualmente non corrisponde al suo mestiere. Nel lavoro attuale (manutenzione per il comune) una capacità di lavoro del 50% potrebbe essere richiesta. In un lavoro di disegnatore con uscite regolari (per ridurre movimenti ripetitivi) una capacità del 75% potrebbe essere richiesta. Queste indicazioni non tengono conto di eventuali altri problemi del genere medicina interna, ma si limitano unicamente al problema della mano destra. 2.4 Se sì, in che misura Cf. 2.3 2.5 È presente inoltre una diminuzione della capacità di lavoro? Nel lavoro attuale (manutenzione) il 50% può corrispondere a una mezza giornata con attività al 100%, ma senza lavori pesanti. Qualora fossero necessari lavori pesanti, una diminuzione della capacità di lavoro è

certamente presente (forza ridotta della mano destra, mano dominante). Come disegnatore la capacità di lavoro può essere valutata al 75% di rendimento con una presenza del 100% sul posto di lavoro. 2.6 Se sì in che misura? Vedi 2.5 2.7 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro dal lato medico di almeno il 20%? Dal 23.08.2000, data alla quale è stato messo all'incapacità di lavoro al 50% dal suo medico curante, il Dr \_\_\_\_\_.

2.8 Qual è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Non c'è stato sviluppo nè in senso positivo nè in senso negativo. Il paziente era già alla Cassa disoccupazione al momento dell'inizio dell'incapacità al lavoro. C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1. È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? Sì, un nuovo lavoro sarebbe possibile alle condizioni seguenti: Limitare l'uso della mano destra sia per la forza che per lavori ripetitivi. Attualmente il Sig. \_\_\_\_\_ è stato inserito in un programma disoccupazionale dove esegue lavori manuali di manutenzione per il comune. Questo lavoro non corrisponde al lavoro che aveva imparato (disegnatore) ed è a lungo andare troppo pesante per esser eseguito regolarmente.

1.1 Se sì. La preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione Il Sig. \_\_\_\_\_ essendo attualmente disoccupato andrebbe aiutato a trovare un lavoro come custode senza lavori pesanti, un lavoro d'ufficio (disegnatore) con possibilità di uscite ecc. 1.2 Se no, La preghiamo di motivare 2. È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. 2.1 Se sì, con quali ragionevoli provvedimenti? 2.2 Secondo Lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? 3. L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Sì. 3.1 Se sì, con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro)? Se il Signor \_\_\_\_\_ dovesse trovare un lavoro di disegnatore o un qualsiasi altro lavoro, un esame del posto di lavoro con l'aiuto di un ergoterapista sarebbe utile per diminuire a un minimo i dolori dovuti a posizioni ergonomicamente non corrette e/o a sovraccarichi. 3.2 In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno) Nel lavoro attuale (manutenzione per il comune) il 50% può corrispondere a una mezza giornata con attività al 100%, ma senza lavori pesanti. Qualora fossero necessari lavori pesanti, una diminuzione della capacità del lavoro è certamente presente (forza ridotta della mano destra, mano dominante). Come disegnatore sarebbe utile preconizzare la presenza del 100% con un rendimento al 75%. 3.3 È presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro? È possibile in funzione del lavoro eseguito, vedi 3.2 3.4 Se sì in che misura? Vedi 3.2 3.5 Qualora non siano possibili altre attività: per quali motivi? Osservazioni, altre domande: Come segnalato all'inizio di questa perizia, il Sig. \_\_\_\_\_ mi è sembrato assai depresso durante tutto l'interlocutorio. Il fatto di aver perso il suo lavoro che faceva da circa

### **E. 30**

anni l'ha segnato. Per ben 8 anni dopo l'incidente il Sig. \_\_\_\_\_ era riuscito a vivere con i suoi dolori e la limitazione della mobilità del polso destro assumendo il suo lavoro di disegnatore, forse alle volte anche con difficoltà. Nell'ambito del programma di disoccupazione il lavoro che esegue attualmente è fisicamente più pesante e richiede più forza a livello della mano destra. La presenza di un'artrosi, anche se ancora in fase iniziale, può dunque senz'altro farsi sentire in fine giornata. Per valutare correttamente le capacità restanti e ricercare un lavoro adatto allo stato attuale, penso però che un complemento di perizia dal lato internistico sarebbe utile. Mi sembra che altri problemi, estranei alla problematica del polso destro, siano presenti e penso che meritano una valutazione da un medico con orientazione in medicina interna, affinché non si giudichi solo parte del problema (cioè il polso destro) sottovalutando lo stato reale. Inoltre propongo di far valutare

le possibilità di sostegno del genere ortesi in cuoio, mezzi ausiliari ecc. da un'ergoterapista per diminuire i dolori presenti in fine giornata di lavoro. Il Sig. \_\_\_\_\_ mi segnala che attualmente non ha mezzi di sostegno." (Doc. AI \_) Nella "proposta medico" redatta in data 13 dicembre 2001 la Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico del SMR, ha osservato: " Dalla perizia specialistica Dr.ssa \_\_\_\_\_ emergono le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: - mobilità ridotta del polso su tenodesi degli estensori radiali del carpo e dell'estensore lungo del pollice, artrosi postraumatica a livello STT nonché leggera diminuzione della motilità della caviglia in stato dopo osteosintesi per frattura gamba destra. Le limitazioni funzionali a livello fisico sono descritte a pagina 5 e determinano una diminuzione della capacità lavorativa del 25% come disegnatore edile ( rendimento 75% con presenza del 100% sul posto di lavoro). In attività fisiche con lavori manuali come attualmente svolti nell'ambito del programma occupazionale tipo lavori di manutenzione per il comune c'è capacità lavorativa del 50% da intendere come mezza giornata. In attività che non richiedono forza a livello della mano destra e che non sono ripetitive ci sarebbe piena capacità lavorativa (vedi pt. 2.2). Inizio delle incapacità lavorative nei vari settori descritte a partire dal mese di agosto 2000. Le limitazioni funzionali sono di origine postinfortunistica del trauma subito a livello del polso destro nel 1992 e a livello della gamba destra nel 1996 e che erano stati tutelati da parte della \_\_\_\_\_. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ propone comunque una valutazione complementare possibilmente internistica di altri problemi segnalati dall'A. e dal curante tipo ipertensione arteriosa, cardiopatia (?) e depressione per accertare se oltre agli aspetti postinfortunistici sopraelencati ci sono altri problemi di salute determinanti IL. Chiederò ulteriori informazioni in merito al medico curante Dr. \_\_\_\_\_ prima di decidere sulla necessità o meno di ulteriore approfondimento medico. " (Doc. AI \_) La Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha di conseguenza richiesto al Dr. \_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurato, di fornire una breve descrizione della situazione clinica di \_\_\_\_\_. Con scritto del 21 dicembre 2001 il Dr. \_\_\_\_\_ ha risposto che in occasione del controllo clinico del 14 agosto 2001 aveva notato un'importante tachicardia, dovuta anche all'importante consumo etilico e tabagico; insieme al collega Dr. \_\_\_\_\_ aveva quindi sottoposto l'assicurato a trattamenti farmacologici e a un ecocardiogramma, che non aveva presentato patologie di rilievo. In data 25 marzo 2002 la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha nuovamente chiesto dei chiarimenti al Dr. \_\_\_\_\_: " (...) Nell'ambito degli accertamenti medici, l'assicurato è stato sottoposto ad una perizia da parte della specialista in chirurgia della mano dr.ssa \_\_\_\_\_ nel novembre 2001, la quale si pronunciava per una diminuzione della capacità lavorativa del 25% come disegnatore edile (rendimento 75% con presenza del 100% sul posto di lavoro) e di una capacità lavorativa dei 50% in attività fisiche con lavori manuali come attualmente svolte nell'ambito del programma occupazionale, tipo lavori di manutenzione per il comune. In attività che non richiedono forza a livello della mano destra e che non sono ripetitivi ci sarebbe piena capacità lavorativa. Le altre patologie da te segnalate (diabete mellito, ipertensione arteriosa, epatopatia etilica ed in ultimo disturbo del ritmo cardiaco intermittente), sono state valutate in base alla documentazione medica da te gentilmente messa a disposizione e giudicate non invalidanti per un'attività lavorativa fisicamente leggera come quella di disegnatore edile. E' stato dunque inviato all'assicurato il progetto di decisione con il quale si intende respingere la domanda di prestazioni. In data 17.03.2002, l'assicurato ci invia le sue osservazioni in merito al progetto di decisione, affermando un peggioramento dello stato generale di salute, essendo subentrati problemi cardiocircolatori e depressivi. Prima di prendere una decisione definitiva, ti sarei dunque grata di volermi

inviare un tuo rapporto medico, specificando se e da quando è avvenuto il peggioramento e precisamente in merito a quale patologia e con quale ripercussione sulla capacità lavorativa dell'assicurato." (Doc. AI \_) Con scritto del 9 aprile 2002 il Dr. \_\_\_\_\_ ha risposto: " (...) Dal profilo internistico il paziente non ha presentato peggioramenti. All'ultima consultazione dello scorso 12 marzo, ad eccezione di un importante rialzo dei valori pressori, con 158/110, presenta un ritmo sinusale con frequenza a 88 al minuto. È stato sottoposto prudenzialmente il 7 febbraio ad una scintigrafia miocardica perfusoria risultata nella norma. Dal profilo psichico non posso escludere una tendenza depressiva vista la situazione in cui si trova il signor \_\_\_\_\_. Da notare che lamenta disturbi del sonno che rispondono al trattamento con Tranxilium 5 mg. Per quel che concerne la tua domanda sull'abilità lavorativa, quale disegnatore edile è proponibile un'attività al 75 %.

Evidentemente confermo che come attività di maggior impegno la capacità scenda al 50%. Ti allego la documentazione del Dr. \_\_\_\_\_ e il referto scintigrafico." (Doc. AI \_) Nel citato rapporto del 29 dicembre 2001 il Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in cardiologia, aveva osservato che l'assicurato non presenta segni di scompenso cardiaco, affermando che la diagnosi più probabile fosse quella di una cardiopatia tossica sulla base del consumo di alcool (cfr. doc. \_). Anche la scintigrafia miocardica perfusoria eseguita in data 7 febbraio 2002 dal Dr. \_\_\_\_\_ presso l'\_\_\_\_\_ è risultata nella norma (cfr. doc. AI \_). Viste le risposte ricevute dal medico curante dell'assicurato, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha redatto, in data 15 aprile 2002, la seguente proposta: " Ultimo aggiornamento sullo stato di salute ottenuto dal curante Dr. \_\_\_\_\_: nessun peggioramento dello stato di salute dal profilo internistico. L'A. è stato ancora recentemente sottoposto a valutazione specialistica cardiologica (vedi allegato Dr. \_\_\_\_\_).

Confermo quindi la mia presa di posizione come da proposta medica del 10.01.2002 nel senso che la patologia cardiocircolatoria, il diabete mellito e l'epatopatia etilica non hanno influsso sulla capacità lavorativa in attività fisicamente leggera tipo disegnatore edile. Dal profilo psichico il curante non esclude una tendenza depressiva. I disturbi del sonno rispondono comunque al trattamento farmacologico. Considerato lo stato di salute globale, come da domanda posta nella mia lettera al curante del 25.03.2002, il Dr. \_\_\_\_\_ ritiene proponibile un'attività al 75% quale disegnatore edile e una capacità lavorativa al 50% in attività di maggior impegno, in sintonia con la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_, prendendo comunque in considerazione non solo la problematica postinfortunistica, ma anche le altre patologie presentate dall'A. Il caso risulta ora sufficientemente approfondito per quanto concerne lo stato di salute globale dell'A. e si può quindi confermare il progetto di decisione." (Doc. AI \_) Basandosi sugli accertamenti medici effettuati dal Dr. \_\_\_\_\_, dal Dr. \_\_\_\_\_ e dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, l'amministrazione ha dunque ritenuto che l'interessato è abile al 75% nell'attività di disegnatore edile e ha quindi respinto la domanda di prestazioni assicurative.

2.5. 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). 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).

2.6. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuta nella propria perizia la Dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista delle affezioni invalidanti di cui il ricorrente è portatore - conclusioni confermate del resto anche dal medico curante dell'assicurato, Dr. \_\_\_\_\_ - dopo aver preso in considerazione tutte le patologie di cui è affetto l'assicurato (problemi alla mano destra, problemi cardiocircolatori, depressione, epatopatia etilica, diabete mellito). Infatti, il perito ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla capacità di lavoro. La specialista ha valutato il ricorrente inabile al 25% nella sua precedente professione di disegnatore edile, escludendo l'esecuzione di provvedimenti integrativi volti ad aumentare la capacità lavorativa. \_\_\_\_\_ nel proprio ricorso (cfr. doc. \_) ha fatto riferimento al rapporto del 15 settembre 2000 del suo medico curante, Dr. \_\_\_\_\_, che lo riteneva inabile al lavoro al 50% nella professione di disegnatore a partire dal 23 agosto 2000 (doc. AI \_) e al rapporto del 21 sett 2000 del Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia della mano, che giungeva al medesimo grado d'inabilità lavorativa dell'assicurato nella professione di disegnatore (cfr. doc. AI \_). Ora, a mente del TCA, tali certificazioni non sono idonee a mettere in dubbio la valutazione approfondita e completa del perito del 30 novembre 2001 (cfr. doc. AI \_). Del resto, lo stesso medico curante del ricorrente, nel proprio scritto del 9 aprile 2002 inviato all'UAI, rivedendo il suo precedente giudizio alla luce degli accertamenti medici effettuati (perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI \_); valutazione cardiologica del Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI \_); scintigrafia miocardica perfusoria eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI \_); varie visite mediche eseguite dallo stesso medico curante (cfr. doc. AI \_) ha dichiarato che l'assicurato presenta una capacità lavorativa del 75% nella propria professione di disegnatore edile, mentre che in un'attività lavorativa di maggiore impegno tale capacità si riduce al 50% (cfr. doc. AI \_).

2.7. Pendente causa l'insorgente ha trasmesso al TCA il rapporto medico datato 18 novembre 2002 redatto, su richiesta dell'assicurato, dal Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Il Dr. \_\_\_\_\_, che ha in cura l'assicurato dal 15 maggio 2002, ha diagnosticato, oltre ai problemi fisici al polso, un'importante depressione nel quadro di una sindrome da disadattamento, unita ad un probabile disturbo della personalità, attestando un'inabilità lavorativa del 100% a partire da settembre 2002, mentre in precedenza tale inabilità era del 50%: " (...) Il paziente presenta da diverso tempo una sintomatologia depressiva legata alla perdita del posto di lavoro dopo circa 30 anni di attività. Questa condizione, congiunta alle problematiche fisiche del polso, ha determinato purtroppo anche un abuso etilico che è da interpretarsi come tentativo autocurativo per i disturbi ansioso-depressivi. Durante i primi contatti del rapporto terapeutico il signor \_\_\_\_\_, oltre al problema alcolico, ha presentato un abuso di sigarette (fino a 30 al

giorno), sicuramente non favorevole per la salute. Negli ultimi 2 anni il paziente ha perso tra l'altro peso in maniera importante (circa 5 kg) particolarmente a causa del disturbo d'ansia accompagnato al disturbo depressivo legato alle preoccupazioni finanziarie avendo ancora 2 figli a casa. Per tutto questo tempo il medico curante Dr. \_\_\_\_\_ ha mantenuto al 50% l'abilità lavorativa a tempo indeterminato, anche se il paziente ha partecipato ad un programma occupazionale presso la disoccupazione che, a mio modo di vedere, ha ulteriormente contribuito ad alimentare il quadro di sostanziale avvilitamento esistenziale del paziente. Dopo questa premessa posso quindi formulare la mia diagnosi e cioè che il paziente soffre per una depressione importante nel quadro di una sindrome da disadattamento. Su questa condizione si è inserito anche un disturbo psichico e comportamentale dovuto all'uso di alcol. Dalla valutazione psicologica testistica è emerso inoltre che il signor \_\_\_\_\_ presenta un probabile disturbo della personalità. In virtù di queste osservazioni e di queste considerazioni il paziente è già stato messo al beneficio di una terapia farmacologica antidepressiva, ansiolitica ed ipnotica. Inoltre è stata sottolineata l'importanza dell'aspetto comportamentale dell'astenersi dall'uso di alcol. Per quanto riguarda la valutazione dell'attuale capacità lavorativa, ho certificato il paziente per un'incapacità lavorativa totale dal mese di settembre, essendo in precedenza già in incapacità lavorativa al 50%, certificato dal suo medico curante e anche dal sottoscritto. Per quanto riguarda la prognosi futura dell'attività lavorativa, ritengo che sia assolutamente infausta, nel senso che non ritengo il signor \_\_\_\_\_ in grado di poter riprendere un'attività lavorativa seppur parziale. Ritengo infatti che il quadro complesso dei disturbi psicologici e caratteriologici lamentati dall'assicurato pregiudichi la possibilità di un ritorno in un'attività lavorativa qualsiasi. Per quanto riguarda la domanda se siamo in presenza di un danno permanente, le rispondo che non si tratta di un danno ma di una malattia ad evoluzione cronica e quindi di lunga durata. Sulla base di queste considerazioni e dell'osservazione clinica degli ultimi mesi del paziente, ritengo, per concludere, che il signor \_\_\_\_\_ sia da annunciare all'assicurazione invalidità nel senso di una richiesta di pensionamento anticipato totale per motivi di salute psicologica e somatica." (Doc. \_) Il rapporto medico del Dr. \_\_\_\_\_ è stato trasmesso all'UAI, che a sua volta lo ha sottoposto al Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, che al riguardo si è così espresso: " Il signor \_\_\_\_\_ aveva richiesto prestazioni AI per i postumi d'infortunio. Durante la procedura si sono rilevate altre patologie che sono state valutate in collaborazione con i curanti. Vi sono due patologie che sicuramente non hanno influsso sulla capacità lavorativa e sono l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito compensato. La cardiopatia, verosimilmente di origine tossica (e il tossico potrebbe benissimo essere l'alcol) con le funzioni descritte dal cardiologo permette lo svolgimento di attività da leggere a medie (quindi anche quella di disegnatore). Resta da valutare l'evento depressivo e l'abuso di alcol. Cominciamo da quest'ultimo. Si tratta di fatto noto da anni, vedi per esempio rapporto del medico di circondario \_\_\_\_\_ del 1992. Non si può dunque aderire alla descrizione del Dr. \_\_\_\_\_ che lo indica come fattore di "automedicazione" o tentativo in tal senso, a causa della perdita del posto di lavoro e della situazione sociale che si è instaurata. La depressione, malattia della sfera psichica diagnosticata e curata soprattutto dai medici di base, viene menzionata dal perito Dr.ssa \_\_\_\_\_, ma soprattutto come descrizione del paziente, senza voler emettere una diagnosi precisa, tant'è che propone ulteriori accertamenti dello stato di salute per la sua componente di "medicina interna". A richiesta dell'UAI anche il curante Dr. \_\_\_\_\_ si è espresso dando indicazioni su una tendenza depressiva, con buona rispondenza alla terapia medicamentosa del disturbo sintomo, la

difficoltà del sonno. Nella sua valutazione il Dr. \_\_\_\_\_ non ha ritenuto di aggiungere limitazioni particolari per questo fatto. Il paziente, dopo aver preso conoscenza della proposta di decisione dell'UAI, propone le sue osservazioni e dopo la decisione formale si affida alle cure del Dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria. Quest'ultimo curante attesta un'IL del 50% come da rapporti del curante di base e specifica che dal mese di settembre ha attestato un'IL completa, attestando pure una prognosi infausta. Dalla documentazione agli atti non vi è elemento sufficiente per ammettere un'IL medico teorica superiore a quella ammessa dai colleghi curanti e del SMR fino all'intimazione della decisione. Per quanto riguarda la situazione posteriore questa potrà benissimo essere oggetto di ulteriore valutazione sia per l'evoluzione possibile delle varie patologie "internistiche" che psichiche." (Doc. \_) Occorre rilevare che, secondo costante giurisprudenza del TFA, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata - in casu il 18 aprile 2002 - ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (fra le tante cfr. 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). Nel rapporto medico del 7 settembre 2000 il medico curante dell'assicurato, Dr. \_\_\_\_\_, aveva constatato che \_\_\_\_\_ lamentava dolori a livello della mano destra, a causa del pregresso infortunio del 1992; egli presentava inoltre una epatopatia secondaria all'abuso etilico e lamentava un lieve stato depressivo (cfr. doc. \_). Nella perizia allestita in data 30 novembre 2001 la Dr.ssa \_\_\_\_\_ aveva indicato che l'assicurato sembrava assai depresso, a causa soprattutto del fatto che aveva perso il lavoro dopo trent'anni passati presso la stessa ditta in qualità di disegnatore e non riusciva a vedere una via d'uscita vista la situazione del mercato del lavoro; considerando i disturbi presenti a livello della mano destra, la specialista è giunta alla conclusione che \_\_\_\_\_ deve essere ritenuto abile al lavoro al 50% in professioni quali quella che svolgeva presso il Comune di \_\_\_\_\_ (lavori manuali di manutenzione), mentre invece nella sua professione di disegnatore edile egli deve essere ritenuto abile al lavoro al 75% (cfr. doc. \_). Il Dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel referto stilato in data 18 novembre 2002 ha rilevato che il ricorrente soffre di una importante depressione nel quadro di una sindrome da disadattamento; egli ha pure aggiunto di ritenere assolutamente infausta la prognosi futura in merito all'attività lavorativa, nel senso che \_\_\_\_\_, a parere dello specialista, non è in grado di riprendere un'attività lavorativa qualsiasi, nemmeno a tempo parziale, visto il quadro complesso dei disturbi psicologici e caratteriologici lamentati dall'assicurato (doc. \_). Il Dr. \_\_\_\_\_, medico del SMR, nella sua nota datata 25 novembre 2002, al riguardo ha osservato che dalla documentazione agli atti egli reputa che non vi siano elementi sufficienti per ammettere un'incapacità lavorativa medico teorica dell'assicurato superiore a quella ammessa dai medici curanti e del SMR fino al momento dell'intimazione della decisione (vale a dire un'incapacità lavorativa del 25% nella sua professione di disegnatore e un'incapacità lavorativa del 50% in altre attività più impegnative). Egli ha tuttavia osservato che la situazione posteriore rispetto al momento dell'intimazione della decisione oggetto del presente gravame, può essere oggetto di

un'ulteriore valutazione relativa all'evoluzione possibile sia delle patologie internistiche, sia delle patologie psichiche (cfr. doc. \_). Ora, come rettamente rilevato dall'amministrazione (doc. \_), il certificato medico stilato dal Dr. \_\_\_\_\_ non permette di modificare la valutazione operata al momento dell'emanazione della decisione e che si basa sul parere concorde della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e del medico curante dell'assicurato, Dr. \_\_\_\_\_.

Quanto certificato si riferisce comunque ad un periodo successivo all'emanazione della decisione contestata, ritenuto che il Dr. \_\_\_\_\_ ha in cura l'assicurato solo a partire dal 15 maggio 2002 (doc. \_). Inoltre, tale succinto referto non consente di stabilire in maniera chiara e precisa se vi è stato un aggravamento dell'incapacità lavorativa dell'assicurato. Determinante è che nessun elemento agli atti permette di ipotizzare che tra il momento in cui è stata allestita la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ (30 novembre 2001) unitamente ai successivi accertamenti medici operati dal medico curante, su esplicita richiesta della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR - che in particolare per quanto concerne i problemi cardio-circolatori e depressivi di cui l'assicurato ha sostenuto di essere afflitto (cfr. doc. AI \_) concludono per un'invalidità lavorativa dell'assicurato al 25% nella professione di disegnatore e del 50% nella sua attuale attività di manutenzione presso il Comune di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI \_) - e il momento in cui è stata emanata la decisione contestata (18 aprile 2002) l'assicurato abbia presentato un'incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno superiore al minimo pensionabile del 40%. Infine, il giudizio del Dr. \_\_\_\_\_ sull'incapacità lavorativa dal punto di vista somatico non è suscettibile di modificare l'esito della valutazione peritale del Dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano. Tuttavia, alla luce del recente attestato medico, si giustifica la trasmissione degli atti all'UAI affinché valuti, tramite approfonditi accertamenti, se ed in che misura successivamente all'emanazione del querelato provvedimento sia effettivamente intervenuto un peggioramento dello stato di salute giustificante l'eventuale riconoscimento di una rendita d'invalidità. Sulla scorta di quanto precede, la decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. 2.8.

L'assicurato, per il tramite del suo rappresentante, ha chiesto al TCA di ordinare una perizia giudiziaria (cfr. doc. \_). Al proposito si osserva che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze degli atti di causa, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad una perizia giudiziaria.

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