

## **TI\_GERICHTE 32.2002.78 vom 21. Mai 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-05-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2002.78](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.78)

FR: TI\_GERICHTE 32.2002.78 du 21 mai 2002

IT: TI\_GERICHTE 32.2002.78 del 21 maggio 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 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 (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). 2.5. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI, inoltre, 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. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; U. Meyer-Blaser, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, Zurigo 1997, ad art. 28 LAI p. 212). A questo proposito occorre rilevare che il TFA ha inoltre stabilito che per determinare il grado d'invalidità di un assicurato bisogna prendere in considerazione solo il guadagno che corrisponde oggettivamente alla residua capacità di guadagno (RCC 1979, 336). 2.6. Nel caso in esame, presentando \_\_\_\_\_ diverse patologie, al fine di accertarne il grado di capacità lavorativa l'amministrazione ha incaricato il SAM di esperire una perizia multidisciplinare. Dal referto 28 settembre 2001 (doc. AI \_) risulta che i responsabili del SAM si sono avvalsi della copiosa documentazione medica acquisita agli atti ed hanno fatto capo a cinque consultazioni specialistiche esterne: di natura psichiatrica, neurologica, ortopedica, pneumologica e cardiologica. Sulla base delle risultanze dei singoli consulti, il SAM ha posto la seguente diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa: " 5.1 Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa Asma bronchiale intrinseca, con iperreattività bronchiale da media a grave. Eemicrania prevalentemente senz'aura. Lombalgia. Turbe statica lombare su dismetria." (Doc. AI \_ pag. 12) 2.6.1. Dal punto di vista psichiatrico l'assicurata è stata visitata dal dr. \_\_\_\_\_, medico capo del Servizio di psichiatria e di psicologia di

\_\_\_\_\_, il quale non ha riscontrato un disturbo psicopatologico rilevante. Egli ha ravvisato delle preoccupazioni legate alle situazioni oggettive che tuttavia non assumono, in occasione della sua indagine, delle caratteristiche psicopatologiche (cfr. rapporto 17 settembre 2001, doc. AI \_). 2.6.2. Riguardo alle affezioni neurologiche, l'assicurata è stata vista dal dr. med. \_\_\_\_\_, il quale la ritenuta pienamente abile al lavoro. In particolare lo specialista ha osservato (sottolineatura del redattore): "(...) Dall'età di 13 anni ca. la paziente presenta cefalee recidivanti. L'esame neurologico dettagliato odierno è risultato normale e la paziente era già stata sottoposta in passato anche a RM cerebrale che aveva mostrato unicamente una sinusite sfenoidale. Le caratteristiche delle cefalee possono ben corrispondere ad un'emicrania prevalentemente senza aura. Non vi sono elementi clinici o agli esami paraclinici già eseguiti che facciano pensare ad un'altra causa, non credo neppure che la sinusite sfenoidale possa essere all'origine di cefalee in forma di crisi ben delimitate della durata massima di un giorno come in questo caso. Dal punto di vista terapeutico si potrebbe proporre un tentativo con una terapia profilattica (ad es. di nuovo con Sibelium oppure Dihydergot o Ciclandelato). È possibile ottenere un miglioramento della sintomatologia anche se probabilmente a lungo termine la paziente presenterà crisi di cefalea. D'altro canto non penso che la sintomatologia descritta per quel che riguarda gli aspetti puramente neurologici implichi un'inabilità lavorativa anche solo parziale e penso dunque che dal punto di vista neurologico la paziente sia abile al lavoro al 100%. Per quel che riguarda un'ev. sindrome da fatica cronica si deve tener presente che si tratta di una diagnosi difficilmente verificabile e per la quale viene comunque sospettata almeno una parziale componente funzionale. In questo caso la paziente stessa non mette assolutamente l'accento sulla stanchezza cronica, che ha citato solo dopo che le ho posto domande specifiche in proposito: non sembra dunque essere in primo piano una sintomatologia di stanchezza, pur presente, per cui, pur essendovi alcuni criteri per porre questa diagnosi (dolori muscolari, articolari, cefalee) non penso che possa essere considerata in primo piano." (Doc. AI \_) 2.6.3. La valutazione ortopedica è stata eseguita dal dr. \_\_\_\_\_, il quale ha riscontrato una lombalgia e delle turbe della statica lombare su dismetria. Quanto alla residua capacità lavorativa, lo specialista in chirurgia ortopedica ha osservato quanto segue (la sottolineatura è del redattore): "(...) La valutazione di questo caso è resa difficile dalle risposte poco precise fornite dalla paziente durante l'anamnesi e dall'importante discrepanza fra l'anamnesi, l'esame clinico ed i referti radiologici. Il mio esame clinico non mostra segni di irritazione radicolare, ma unicamente una discreta limitazione funzionale della cerniera lombosacrale. Esiste quindi una probabile tendenza a sopravvalutare i disturbi. Sul piano terapeutico si può proporre alla paziente di compensare la dismetria con una soletta di 1 cm. sotto il tallone destro, in modo tale da ristabilire una statica più fisiologica a livello della colonna lombare. Per quanto riguarda la capacità lavorativa nella sua professione di impiegata d'ufficio, lavoro per la maggior parte seduto con la possibilità di alzarsi, sedersi, cambiare posizione e senza l'obbligo di spostare dei pesi, ritengo che la capacità lavorativa dovrebbe superare l'80%." (Doc. AI \_). 2.6.4. Per quel che concerne le condizioni dei bronchi, nel rapporto 17 settembre 2001 il dr. \_\_\_\_\_, capo servizio di pneumologia dell'Ospedale regionale \_\_\_\_\_, pur riscontrata in particolare un'asma bronchiale, dovuta principalmente al fumo, ritiene che la paziente possa essere considerata abile al lavoro quale impiegata. Trattandosi appunto di un'asma bronchiale, con possibili periodi di esacerbazioni, lo specialista ha comunque reputato che l'assicurata non è idonea per lavori con esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. Infine, egli ha rilevato come la sua valutazione coincida con quella espressa dalla \_\_\_\_\_ nell'estate del 2000

(cfr. il rapporto 13 luglio 2000 allegato al doc. AI \_). 2.6.5. Da ultimo, la ricorrente è stata sottoposta all'esame dal Servizio di cardiologia ed angiologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_.

Nel rapporto 14 settembre 2001 gli specialisti in cardiologia, sulla base degli esami effettuati in loco, non hanno riscontrato elementi per ritenere una cardiopatia clinicamente manifesta. Essi hanno quindi escluso una partecipazione cardiaca all'intolleranza allo sforzo, alla dispnea e alle ricorrenti oppressioni toraciche di cui la paziente soffre. Non riscontrando quindi "sanzioni cardiache specifiche", i sanitari hanno concluso che non vi sono restrizioni cardiologiche per qualsiasi genere di attività professionale (doc. AI \_).

2.6.6. Il SAM ha poi proceduto ad una valutazione globale del grado di capacità lavorativa, evidenziando quanto segue: " H VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITA' LAVORATIVA L'A. è da ritenere abile al lavoro nella misura dell'80% per cento nella sua professione di segretaria ed in qualsiasi attività medio-leggera equivalente. Non è per altro idonea in lavoro in cui dovesse entrare in contatto con agenti irritativi delle vie respiratorie, in considerazione della sua diagnosi di asma bronchiale." (Doc. AI \_, pag. 14) In merito allo sviluppo dell'incapacità lavorativa, il SAM ha riscontrato: " (...) A partire dall'estate 1998, a causa della diagnosi di TBC ed in seguito al trattamento intrapreso con Isoniazide e conseguente polmonite da eosinofili, concordiamo che l'A. possa aver manifestato un periodo d'incapacità lavorativa totale fino al settembre 1999, quando fu pure ricoverata alla Clinica \_\_\_\_\_. Infatti, nel corso di quest'anno, oltre ad aver subito una polmonite con probabili embolie polmonari, ha necessitato di un intervento di colecistectomia e di un periodo di convalescenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ a causa di malessere, stanchezza cronica, ecc.. A partire al settembre 1999 l'A. può essere considerata abile al lavoro nella sua professione di segretaria nella misura dell'80%, e questo è anche avvallato dalle prese di posizione dei vari medici che l'hanno valutata in seguito, sia presso la Clinica di \_\_\_\_\_ nel luglio 2000, sia il dr. \_\_\_\_\_, pneumologo curante, ed il dr. \_\_\_\_\_, medico curante. Da allora la sua capacità lavorativa non ha subito modifiche importanti. Possibilità di migliorare la capacità al lavoro: L'A. necessita chiaramente di un trattamento specifico per la problematica polmonare. Si potrebbe proporre un trattamento con Sibelium o Dihydergot o ciclandelato per le cefalee di cui l'A. soffre. Consigliamo l'A. di porre una soletta di 1 cm sotto il tallone ds., in modo da ristabilire una statica fisiologica e compensare la dismetria degli arti inf.. L'A. non necessita di mezza ausiliari. Provvedimenti sanitari non possono migliorare il grado di capacità lavorativa, poiché l'A. è abile nella misura del 80% e potrebbe raggiungere anche una capacità lavorativa superiore mediante i provvedimenti proposti." (Doc. AI \_, pag. 14-15) L'assicurata contesta la valutazione peritale sostenendo di essere abile almeno nella misura del 50%.

2.7. Va ricordato che 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). 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). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il 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). 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . 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. 3b/cc), cfr. U. Meyer■Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, pag. 111).

2.8. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni del SAM che si basano su un approfondito e completo esame di tutte le affezioni lamentate dall'assicurata, accertate dai diversi specialisti esterni consultati. I periti del SAM sono del resto giunti ad una logica conclusione in merito alla capacità lavorativa globale dell'assicurata, ritenuta nella misura del 80% dal settembre 1999. L'assicurata per contro ha prodotto un dettagliato rapporto del suo medico curante, dr. \_\_\_\_\_, in cui sono state attestate delle incapacità lavorativa dal 5 ottobre 1998 al 31 marzo 2000. Come già detto al consid. 1.6., il TCA ha sottoposto tale rapporto al SAM per una presa di posizione.

2.8.1. Per quanto concerne il periodo precedente al mese di settembre 1999, nelle osservazioni 18 febbraio 2003 il SAM ha precisato: " Per quanto ci concerne, manteniamo la nostra valutazione, ritenendo che i periodi d'incapacità lavorativa così espressi dal medico curante risultano non completamente giustificati. Innanzitutto l'incapacità lavorativa dal 1998 al marzo 1999 ci sembra eccessiva; la paziente viene dimessa con un terapia anticoagulante per sei mesi, ciò che non giustifica un'incapacità lavorativa così prolungata, e neppure il trattamento cortisonico - antibiotico, che è stato via via diminuito. La presenza di una lieve dispnea da sforzo, come attestato dal medico curante, non giustifica un'incapacità lavorativa in un'attività sedentaria come quella svolta dalla Signora \_\_\_\_\_. Facciamo notare come allora la funzione polmonare effettuata dallo specialista dr. \_\_\_\_\_ nel gennaio 1999 fosse nella norma, così pure come la rx del torace e gli esami di labor. A nostro avviso, quindi, l'incapacità lavorativa fino al 1.03.1999 non aveva giustificazione alcuna. Non e neppure giustificata l'incapacità lavorativa del 50% a partire dal 2.03.1999, che il medico curante non argomenta in modo soddisfacente, e del 50% dal 30.04.1999 al 20.06.1999 per

una riacutizzazione d'asma bronchiale. (...)” (Doc. \_) Vero che nel referto 28 settembre 2001 il SAM aveva riconosciuto, a seguito di una polmonite TBC, dall'estate 1998 fino alla degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ nel settembre 1999 un periodo d'incapacità lavorativa totale (“A partire dall'estate 1998, a causa della diagnosi di TBC ed in seguito al trattamento intrapreso con Isoniazide e conseguente polmonite da eosinofili, concordiamo che l'A. possa aver manifestato un periodo d'incapacità lavorativa totale fino al settembre 1999, quando fu pure ricoverata alla Clinica \_\_\_\_\_”, doc. AI \_ pag. 14). Fatto sta che pur volendo fondarsi sul rapporto 24 aprile 2000 del dr. \_\_\_\_\_, in cui nel periodo 5 ottobre 1998 – 9 settembre 1999 egli ha attestato diverse inabilità lavorative tra il 50% e 100% (cfr. doc. AI \_), l'assicurata non raggiunge comunque l'anno di carenza ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI. Secondo tale disposto, il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media. Infatti, sulla base della perizia 14 settembre 2001 non può essere riconosciuta un'incapacità lavorativa media almeno del 40% successiva al mese di settembre 1999 e questo per i motivi che seguono.

2.8.2. In merito al lasso di tempo dopo settembre 1999 e fino alla stesura della perizia (settembre 2001), nella già citata presa di posizione 18 gennaio 2003, cui va data piena adesione, il SAM ha precisato: “ (...) Eccessivo prolungamento dell'incapacità lavorativa dal 8.09 al 7.11.1999, dopo un soggiorno presso la Clinica \_\_\_\_\_ dal 14 al 29 settembre 1999. La diagnosi era quella di debolezza generale, statoastenico ed ipotensione arteriosa, nonché disturbi respiratori. Il dr. \_\_\_\_\_ visitava la paziente e valutava la presenza di una depressione mascherata. Non riteniamo che questo periodo protratto d'incapacità lavorativa sia giustificato nella misura del 100%. Non reputiamo giustificata nemmeno l'incapacità lavorativa del 100% dal 18 al 30.01.2000 e l'incapacità lavorativa del 50% dal 31.01 al 28.02.2000; il medico curante a nostro avviso non giustifica in modo esaustivo questo periodo d'incapacità lavorativa. Egli diagnosticava, infatti, disturbi polmonari non meglio specificati, astenia, sudorazioni notturne e sonnolenza; una sintomatologia aspecifica. Pure non giustificata l'incapacità lavorativa dal 29.02 al 31.03.2000 del 100%; anche qui a nostro avviso il medico curante non motiva in modo esaustivo. Parla di riacutizzazione d'asma bronchiale su sinusite e tosse che disturba la paziente, provoca insonnia nonostante trattamento in atto. Il dr. \_\_\_\_\_ segnala come il 23.03.2000 la paziente sia stata sottoposta ad una valutazione allergologica da parte del dr. \_\_\_\_\_, il cui bilancio non ha permesso di evidenziare una malattia allergica o autoimmune. Neppure il dr. \_\_\_\_\_, che visita la paziente il 12.06.2000, evidenzia segni per sinusite clinica o sfenoidite. La paziente è ricoverata a \_\_\_\_\_ dal 25.07 al 12.08.2000 e le diagnosi all'uscita sono di leggera asma bronchiale intrinseca con leggera iperattività bronchiale, rinosinusite cronica vasomotoria e reflusso gastroesofageo, diagnosi che a nostro avviso non sono sufficienti per giustificare un'incapacità lavorativa.” (Doc. \_) Vero che nello scritto 13 settembre 2001 al SAM il medico curante ha confermato un'inabilità lavorativa del 50% dal 1° aprile 2000 (doc. AI \_). Tuttavia, come già indicato nel succitato del SAM, nel rapporto 3 maggio 2000 il dr. \_\_\_\_\_, allergologo, non aveva riscontrato alcuna limitazione lavorativa (doc. AI \_). Di analogo tenore è il certificato 27 luglio 2001 del pneumologo dr. \_\_\_\_\_ il quale tra l'altro aveva rilevato che “ malgrado la paziente sia portatrice di un'asma bronchiale con lieve ostruzione bronchiale ed iperreattività bronchiale da grave e moderata, lo scorso anno ritenemmo non fosse presente un'incapacità lavorativa dal profilo polmonare” (doc. AI \_), valutazione che è stata anche confermata dallo specialista in pneumologia dr. \_\_\_\_\_ interpellato dal SAM. Da

ultimo va rilevato che la ricorrente non ha prodotto alcuna documentazione medica attestante l'asserito peggioramento delle condizioni di salute subentrate dopo la perizia (14 settembre 2001). In conclusione, ritenendo la perizia multidisciplinare completa, dettagliata e approfondita, secondo il TCA, alla stessa deve essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.7). Pertanto, 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 le affezioni di cui \_\_\_\_\_ è portatrice e per le quali è da ritenere che non sussistano realistiche possibilità di miglioramento, provocano, nell'attività di impiegata d'ufficio un'incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno, nella misura del 20% dal mese di settembre 1999. Non essendo raggiunto il grado d'invalidità pensionabile (almeno del 40%), rettamente l'UAI ha respinto la domanda di prestazioni. 2.9. L'assicurata ha chiesto al TCA di ordinare una perizia giudiziaria. Al proposito si osserva che 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 469 consid. 4a; 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 dal punto di vista medico, per cui non appare necessario procedere ad una perizia giudiziaria. Sulla scorta del considerando precedente, la decisione va confermata e il ricorso respinto.

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