

TI_GERICHTE 32.2003.40 vom 10. April 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-04-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.40

FR: TI_GERICHTE 32.2003.40 du 10 avril 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2003.40 del 10 aprile 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e poiché il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b), nel presente caso sono applicabili le disposizioni in vigore a partire dal 1° gennaio 2003. Non applicabili sono per contro le norme di legge introdotte, al 1° gennaio 2004, dalla 4a revisione dell'AI. Per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2003, dispone che le disposizioni della LPGa (art. 1a -70) sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se sono dati i presupposti per una revisione della mezza rendita attualmente percepita da _____.

2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della LPGa, con invalidità s'intende 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, tesi Ginevra 1991, pag. 216ss). Va precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. Va altresì rilevato che, ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato 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 (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid.1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non si 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; Scartazzini, op. cit., pag. 232; 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).

2.5. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPG). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sé stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 in re St., RCC 1984 pag. 137).

2.6. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a; DTF 109 V 116, consid. 3 b; DTF 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere

notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI che prevede l'assegnazione di un quarto di rendita se il grado d'invalidità è di almeno il 40%, una mezza rendita quando il grado d'invalidità è di almeno il 50% e una rendita intera quando l'invalidità raggiunge almeno il 66 2/3%. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti; DTF 109 V 262; 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258).

2.7. Nell'evenienza concreta, in occasione della prima domanda di prestazioni, _____ è stato visitato dal Servizio di accertamento medico dell'assicurazione invalidità (SAM) che ha proceduto ad una perizia multidisciplinare (cardiologica ed ortopedica). Nel rapporto 15 maggio 1998, esposte le diagnosi, con e senza influsso sulla capacità lavorativa (perizia, pag. 7), gli specialisti del SAM hanno proceduto alla discussione dei consulti esterni di natura cardiologica (dr. _____) e ortopedica (dr. _____): "(...) Patologia cardiologica Nel dicembre 1987 compaiono dolori di tipo anginoso. Al _____ di _____ se esegue prima una PTCA e poi la posa di Wallstent sulla coronaria ds.. L'A. è in regolare cura cardiologica dal dr. _____. Nel 1996, al _____, un controllo coronarografico mostra l'ostruzione dello stent coronarico ds.. Il dr. _____ parla d'angor stadio I-II. Fa il punto sulla situazione cardiologica il dr. _____, che esegue pure un test da sforzo, ECG Graficamente negativo, e l'ecocardiogramma (FE ca. 65%). Il dr. _____ parla di un'occlusione cronica della coronaria ds., con un angor cronico NYHA I-II. Come cameriere l'A. è abile solo al 50%; teoricamente, in attività più sedentarie, potrebbe lavorare fino al 100%. L'incapacità lavorativa cardiologica è quindi da fissare al 50%. Pretendere che quest'A., cinquantasettenne, cambi lavoro, per quarant'anni attivo nell'ambito alberghiero, non è proponibile. Segnalo pure che l'A. presenta un'anamnesi familiare pos. per cardiopatia, con padre deceduto per infarto miocardico e la sorella invalida per cardiopatia. Patologia ortopedica Le lombalgie compaiono nel 1992. Si esegue una TAC lombare nel 1992, che già allora evidenzia un canale spinale stretto. Nel 1995 compare pure una coxartrosi ds., che in pochi anni peggiora a tal punto che il 13.09.1996 si pratica un'endoprotesi all'anca ds.. Da allora quest'anca va veramente bene; tuttavia, lo scorso anno vi è un peggioramento all'anca sin., ora dolente. L'A. entra dunque al SAM con una patologia lombare e delle anche. Abbiamo provveduto ad una TCA lombare, parlante per importanti segni di stenosi acquisita del canale spinale a livello dei segmenti L3-4 e L4-5. Fa il punto sulla situazione ortopedica il capo clinica dr. _____. Le sue diagnosi sono di canale stretto acquisito L3-5, di lombalgie croniche, spindilartrosi L3-S1, stato dopo protesi totale anca ds. e principio di coxartrosi sin.. Non vi è una chiara claudicatio spinale, né segni d'irritazione radicolare. Il dr. _____ propone una cura conservativa, sia per la colonna, sia per l'anca sin., almeno per il momento. L'ortopedico conclude dichiarando il paziente non più idoneo a lavori pesanti, né a lavori da svolgere costantemente in piedi. Dal punto di vista strettamente ortopedico, egli valuta un'incapacità lavorativa del 40% nella professione di

cameriere, maître di hotel o gerente di ristorante. Concludendo con un giudizio d'insieme, tenendo conto delle sopraccitate patologie, appare evidente come l'A., nelle sue professioni, non sia più in grado di svolgere il suo lavoro in maniera superiore al 50%. (...)" (Doc. _) I periti del SAM hanno inoltre escluso l'adozione di provvedimenti medici e professionali idonei a migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato. Ritenuto dunque che l'assicurato presentava una residua capacità lavorativa del 50% nella propria professione, l'UAI ha riconosciuto il diritto ad una mezza rendita. 2.8. 2.8.1. Nell'ambito della procedura di revisione, al fine di valutare se le condizioni di salute di _____ sono rimaste invariate o meno, l'UAI ha incaricato il dr. _____ di eseguire una perizia reumatologica (doc. _). Nel referto 8 ottobre 2001, dopo aver proceduto ad una dettagliata anamnesi, alla descrizione dei dati soggettivi ed alle constatazioni oggettive, nonché ad una valutazione complessiva, lo specialista in reumatologia ha posto la seguente diagnosi: "(...) Sindrome lombovertebrale cronica su - esito da decompressione ai segmenti L3/L4 e L4/5 il 24 agosto 2000, in noto canale spinale stretto di origine degerativa, - disturbi statici del rachide (tendente al piatto con ampia scoliosi dorsolombare compensata), - decondizionamento muscolare. Esito da artroprotesi delle anche bilaterali in coxartrosi bilaterale - a destra il 13 settembre 1996, - a sinistra il 31 marzo 2000 Obesità (peso 92 kg/statura 170. 5 cm). Malattia coronarica con impianto di stenti nel 1998, ed occlusione dello stesso nel 1996. Diabete mellito tipo 2, non insulinodipendente. (...)" (Doc. _) Per quel che concerne il giudizio sulla capacità lavorativa, il dr. _____ ha concluso: "(...) Dal lato strettamente reumatologico, l'assicurato è abile al lavoro, nella misura del 100% ad un rendimento al 100%, anche a partire da subito, per un'attività con carichi variabili (al massimo di 20 kg) e con possibilità di cambiare spesso la posizione del rachide, per un lavoro che non richiede una flessione o rotazione ripetitiva della colonna vertebrale. Ricordiamo che l'ultimo lavoro svolto era quello di cameriere rispettivamente gerente di un ristorante è probabile che nella sua vecchia attività, l'assicurato possa trovare le condizioni ergonomiche appena menzionate. Considerata l'anamnesi, sussiste una coronaropatia per la quale il cardiologo curante nel 1997 aveva dichiarato l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 50%: è dunque proponibile una perizia cardiologica per definire se quest'incapacità sussiste tuttora." (Doc. _) A seguito delle osservazioni 15 febbraio 2002 dell'assicurato nonché del certificato 12 febbraio 2002 del medico curante (doc. _), l'UAI, a titolo di complemento peritale, ha posto al dr. _____ le seguenti domande, alle quali lo specialista ha dato risposta il 24 marzo 2002: "(...) 1. Nei dati soggettivi dell'assicurato in perizia figura che il paziente non è che parzialmente asintomatico "dolori stiletanti lombari che migliorano ..." ma nonostante ciò si valuta che possa effettuare al 100% un lavoro in piedi potendo cambiare posizione regolarmente del rachide e che non richieda flessione o rotazione ripetitiva della colonna: tale valutazione viene convalidata? Se no, perché? Ad 1. Confermo che l'assicurato è abile al lavoro in misura completa per un'attività con carichi variabili (al massimo 20 chilogrammi) con la possibilità di cambiare spesso la posizione del rachide, per un lavoro che non richiede una flessione o rotazione ripetitiva della colonna vertebrale. L'assicurato può dunque lavorare anche (ma non esclusivamente) stando in piedi se ha la possibilità di cambiare la posizione del corpo per esempio sedendosi, specialmente quando risente i dolori alla colonna vertebrale nei dati soggettivi dell'assicurato in perizia. 2. Nell'esame reumatologico in perizia figura che la motilità della anche è ridotta di 1/3 ed è indolente: pur presentando questo fatto si convalida che il paziente possa effettuare un lavoro come aiuto gerente o cameriere sempre in piedi? Se no, perché? (Si ricorda che al SAM nel 1998 si valutava che l'assicurato dal lato

ortopedico veniva ritenuto incapace al 40% come cameriere, maître d'hotel o gerente di ristorante ma allora vi era ancora l'iniziale coxartrosi sinistra poi operata nel marzo 2000 ed il canale stretto lombare degenerativo poi operato in agosto 2000). Ad. 2. Riconfermo quanto detto in perizia e precisato sopra al punto 1, ossia che l'assicurato a causa delle patologie riassunte nella diagnosi al punto 4 della perizia, deve avere la possibilità di cambiare spesso la posizione del corpo e quindi non può esercitare un'attività lucrativa esclusivamente in piedi. 3. Nell'esame neurologico in perizia figura che non è zoppia alla marcia e non figurano deficit di forza agli arti inferiori (per cui risulta evidente un miglioramento funzionale rispetto alla perizia SAM del 1998); si riconvalida tale dato clinico? Se no, perché? Ad. 3. Posso confermare quanto scritto sotto esame neurologico della perizia in questione, ossia che l'8 ottobre 2001 l'assicurato non presentava deficit di forza agli arti inferiori e che non presentava una zoppia. 4. Come si spiega allora la discrepante valutazione sulla capacità residua da parte dell'ortopedico Dr. _____? (solo differente valutazione soggettiva? Oppure si tratta di una valutazione reumatologica globale in fase di miglioramento stabile dopo gli ulteriori approcci chirurgici dopo la perizia SAM?). (si ricorda che a dossier vi è un certificato medico del Dr. _____ dell'11.9.2000 che riporta giustificata un'inabilità lavorativa del 100% a tempo indeterminato ma si trattava allora di solo 2 mesi dopo l'operazione di compressione lombare del Dr. _____. Un'analogha attestazione viene ripetuta e riportata attualmente su richiesta dell'assicurato il 12.2.2002 senza però riportare nel dettaglio esame di funzionalità). Ad. 4. La perizia da me allestita è una valutazione reumatologica approfondita e globale. Dopo l'ultima perizia presso la SAM del 1998 l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento neurochirurgico per canale lombare stretto degenerativo e ad artroprotesi dell'anca sinistra, operazioni che hanno portato ad un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato e quindi della capacità lavorativa." (Doc. _) 2.8.2. L'amministrazione ha inoltre ordinato una perizia cardiologica. Nel referto 14 gennaio 2003 il dr. _____ ha rilevato la seguente diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro: " (...) Diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro: Ø Malattia coronarica con: - stato dopo PTCA della coronaria destra (1988) seguita da impianto di Stent (Wall Stent) pure nel 1988 per ristenosi; - nel 1998 documentazione di occlusione della coronaria destra, terapia conservativa; - angor e dispnea NYHA grado II. Ø FRCV: tabagismo, familiarità, ipercolesterinemia, diabete mellito di tipo II, obesità, ipertensione arteriosa anamnestica. Ø Lombosciatalgia cronica con: - stato dopo operazione per canale spinale stretto acquisito L3-5 (08.2000); - spondilartrosi L3-S1. Ø Altre diagnosi: coxartrosi bilaterale con: - PTA a destra (09.1996); - PTA a sinistra (03.2000)." (Doc. _) Per quel che riguarda la valutazione sull'abilità al lavoro, lo specialista in cardiologia all'Ospedale _____, ha rilevato: " Conseguenze sulla capacità lavorativa: Anamnesticamente la limitazione maggiore del signor _____ nella professione di cameriere, capo cameriere ed aiuto gerente, è causata dalle affezioni reumatologiche. Teoricamente, al momento attuale, il signor _____ è da considerare abile nella funzione di cameriere al 50% alle seguenti condizioni: - lavoro massimo giornaliero della durata di 4 ore; - è necessario evitare il sollevamento ripetuto di pesi superiori a 10-15 kg. Considerata l'età, la formazione e la situazione generale del paziente, non sono a mio avviso proponibili alternative." (Doc. _) 2.8.3. Ritenuto che dal profilo reumatologico l'assicurato non presenta alcuna inabilità e che la patologia cardiaca limita nella misura del 50% l'attività lucrativa, con decisione formale 10 febbraio 2003 l'UAI ha dunque respinto la domanda di revisione, essendo lo stato valetudinario rimasto invariato rispetto al 1998. 2.9. Va qui 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. 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 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). 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, pag. 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. Meyer-Blaser, op. cit., pag. 111). 2.10. Con il presente ricorso, ribadendo quanto esposto in sede di opposizione, _____ ritiene la perizia del dr. _____ non approfondita ed inattendibile, sostenendo inoltre che l'UAI avrebbe dovuto procedere anche ad una valutazione ortopedica e neurologica. Per quanto concerne l'ultimo punto, con nota 13 marzo 2002 il dr. _____, del Servizio medico regionale dell'AI (SMR) ha pertinentemente spiegato i motivi per cui non si è proceduto ad una perizia ortopedica e neurologica, evidenziando in particolare: " (...) Perché si è deciso per una valutazione reumatologica e non ortopedica? La decisione di effettuare una perizia reumatologica all'A. prima di emanare una nuova decisione di rendita si basa sul fatto che un reumatologo FMH presenta una ampia conoscenza delle funzionalità articolari e dei carichi possibili potendosi esprimere in modo globale sulle funzionalità residue sia a livello degli arti inferiori (anche) che del rachide (dopo operazione di canale stretto lombare) specialmente poiché il caso specifico dell'A. non si tratta di valutare l'indicazione di un nuovo trattamento chirurgico ma nel valutare il carico esigibile. (...) Perché una valutazione neurologica non è stata effettuata? A livello medico una valutazione peritale neurologica non avrebbe migliorato il giudizio finale poiché uno stato neurologico viene effettuato normalmente durante una perizia reumatologica e pertanto conglobata nella stessa (come lo è stato il caso attualmente). (...) " (Doc. _) 2.11. _____ ha quindi contestato la perizia reumatologica, da lui ritenuta superficiale ed incompleta. Orbene, innanzitutto occorre rilevare che il dr. _____ ha formulato il proprio giudizio sulla capacità

lavorativa sulla base di un'approfondita valutazione oggettiva dei disturbi accusati dall'assicurato (cfr. punto 3: "Constatazione oggettive", perizia pag. 3 e 4, doc. _).

Nell'ambito dell'esame reumatologico, egli ha in particolare riscontrato una limitazione delle motilità sia a livello della colonna vertebrale ("Dorsale limitata di due terzi alla flessione, bloccata all'estensione, limitata di 1/3 alle lateroflessioni; lombare libera ai movimenti di flessione ed estensione, limitata 1/3 alle lateroflessioni con dolori risentiti locali lombari a fine corsa" cfr. perizia pag. 3 in basso), che delle articolazioni periferiche ("Anche bilaterali in esito da impianto di protesi totale, con cicatrici calme, non indolenzite. Articolazioni limitate di 1/3 in ogni direzioni, simmetriche ai movimenti assistiti passivi, indolori ", perizia pag. 4 in alto), per poi constatare che il paziente, dopo l'operazione del 24 agosto 2000 (decompressione ai segmenti L3/4 e L4/5) " risente unicamente dolori lombari stiletanti che insorgono quando sta in piedi prolungatamente, in particolare quando deve portare dei pesi" (perizia pag. 4). Il perito ha quindi ritenuto l'assicurato abile nella misura piena in attività senza carichi pesanti (oltre 20 chili), con possibilità di cambiare la posizione del rachide, evitando ripetute flessioni o rotazioni della colonna vertebrale (perizia pag. 5, doc. _).

In risposta alle domande complementari formulate dall'UAI, con scritto 24 marzo 2002, il perito ha ribadito che "l'assicurato può dunque lavorare (ma non esclusivamente) stando in piedi se ha la possibilità di cambiare la posizione del corpo per esempio sedendosi, specialmente quanto risente i dolori alla colonna vertebrale descritti nei dati soggettivi dell'assicurato in perizia" (risposta no. 1, doc. _). In questo profilo, secondo questo TCA, rientra l'attività di aiuto gerente, professione che permette di variare la posizione del rachide, che non necessita ripetute flessioni o rotazioni della colonna vertebrale e che non implica necessariamente una costante postura eretta. Siccome il ricorrente, stando alle sue dichiarazioni, contemporaneamente svolgeva anche la mansione di cameriere, giustamente in data 1° aprile 2003 l'amministrazione, facendo riferimento alla perizia reumatologica, ha chiesto al dr. _____ di quantificare la capacità lavorativa nell'ambito di una attività svolta tutto il tempo in posizione eretta. Nello scritto 6 aprile 2003 il perito ha quindi indicato una riduzione di rendimento del 30% (" Giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 70% in un'attività svolta tutto il tempo in posizione eretta" , cfr. doc. _). Non va del resto dimenticato che, rispetto al 1998, il perito ha evidenziato come l'artroprotesi dell'anca sinistra (31 marzo 2000) – un precedente intervento di endoprotesi all'anca destra, avvenuto nel settembre 1996, è stato già considerato dal SAM - e l'operazione neurochirurgica di decompressione al canale spinale (24 agosto 2000) " hanno portato un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato e quindi della capacità lavorativa" (cfr. scritto 24 marzo 2002 all'UAI, riposta no 4, doc. _).

Al riguardo, citando Fredenhagen (Das ärztliche Gutachten, 3 ed. Berna 1994, pag. 186; corrispondente alla medesima pagina nella 4a edizione del 2003), il ricorrente ha rimarcato come la sostituzione protetica di un'anca implichi in ogni caso un impedimento funzionale invalidante, precisando, sempre con riferimento al succitato contributo dottrinale (Fredenhagen, op. cit., pag. 225 sia nella 3.a che 4. edizione), che l'esperienza medica generale dimostra che l'impedimento funzionale è maggiore quando l'operazione e l'innesto di una protesi concerne entrambe le anche, vista l'impossibilità di compensare la limitazione con la parte sana restante (cfr. ricorso punto 12). In merito va comunque evidenziato che la succitata valutazione del dr. _____ è conseguente ad una accurata visita dell'assicurato. Del resto è stato lo stesso _____ a riferire in sede peritale un giovamento agli arti inferiori a seguito dell'intervento di decompressione (" Dopo l'intervento – di decompressione l'assicurato riferisce che la sintomatologia algica alle

gambe è nettamente diminuita, la forza alle estremità inferiori ristabilita”; cfr. perizia pag. 2, doc. _). Anche il medico curante, dr. _____, specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica, nel rapporto 1° luglio 2003 ha affermato come questi interventi “relativamente invasivi si sono svolti in un modo ottimo e questo malgrado una cardiopatia coronarica e ipertensiva e uno stato dopo stent cardiaco anni fa con un occasionale angor instabile”, per poi rimarcare che “per questi motivi il paziente è stato ritenuto inabile al lavoro come cameriere dal 1.01.2000” (VIII). Non trova quindi spiegazione il fatto che egli ha ritenuto il suo paziente inabile al lavoro nella misura dell’80%/100% dal 1° gennaio 2000 (cfr. certificati 15 giugno 2000, doc. _; 11 settembre 2000, doc. _ e 12 febbraio 2002, sub doc. _), ciò che rappresenta di fatto un peggioramento delle condizioni di salute poiché in occasione della perizia SAM l’abilità ortopedica è stata valutata nella misura del 60%. Nel seppur stringato rapporto 17 settembre 2000 il dr. _____, neurochirurgo che ha effettuato l’intervento di decompressione dell’agosto 2000, ha comunque certificato un miglioramento delle condizioni di salute (doc. _). Sta di fatto che con il complemento 6 aprile 2003 il dr. _____ ha valutato un’incapacità lavorativa del 30% dell’assicurato nell’attività di aiuto gerente e cameriere svolta prevalentemente in posizione eretta. 2.12. Tenuto conto che sulla base della perizia del dr. _____, alla quale va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.9), lo stato di salute dell’assicurato è da ritenere per lo meno invariato rispetto alla precedente procedura, va comunque fatto presente che la valutazione reumatologica risale all’ottobre 2001, motivo per cui occorre verificare se sino alla decisione contestata 10 aprile 2003 sia subentrato un peggioramento delle condizioni di salute dell’interessato (il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente sino al momento in cui essa è stata resa; cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Ora, nel rapporto 14 gennaio 2003 il perito cardiologo dr. _____ (che ha visitato il ricorrente il 16 settembre 2002) ha attestato un’acutizzazione dei dolori alla gamba destra ed al dorso (“... presenza di dolori cronici a tutta la gamba destra e al dorso, sintomatologia che si è esacerbata nel corso degli ultimi 6 mesi e che richiede regolarmente l’assunzione di Tilur anche per il dolore alla gamba destra reinsorto dopo un intervento operatorio dell’anca. Camminando infatti duole sia l’anca che tutta la gamba destra”; [le sottolineature sono del redattore], cfr. doc. _). Tale sintomatologia non era del resto stata riscontrata in occasione della precedente perizia SAM (quale dato d’anamnesi il dr. _____ aveva segnatamente evidenziato un esito favorevole dell’intervento di endoprotesi all’anca destra (1996), a seguito alla coxartrosi destra, e che il paziente “non descrive più dolori importanti a livello dell’anca dx. in particolare il dolore inguinale non è più presente, descrive unicamente dei dolori sul lato anteriore della coscia occasionalmente allo sforzo, descritti sopportabili” [sottolineatura del redattore], cfr. rapporto 7 maggio 1998 pag. 1, sub doc. _). Del resto, il dr. _____ ha sostenuto che la limitazione maggiore alla capacità lavorativa è di natura reumatologica (cfr. consid. 2.8.2). Vero che non si tratta di una valutazione di uno specialista in reumatologia, ma è altrettanto vero che, considerata la succitata modificata sintomatologia agli arti inferiori, non può essere escluso un rilevante peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente, visto che prima del danno alla salute _____ esercitava la professione di cameriere e aiuto gerente, attività svolta prevalentemente in piedi. In simili circostanze, questa Corte ritiene pertanto necessario che l’amministrazione esamini approfonditamente, mediante una valutazione reumatologica, in che misura il ricorrente sia da ritenere ancora in grado (per lo meno sino al momento della resa del querelato provvedimento) di svolgere la sua ultima attività. 2.13. Riguardo

all'affezione cardiaca, inizialmente l'UAI aveva rinunciato a procedere ad una perizia specialistica poiché, come rilevato dal dr. _____, dagli atti non è risultato alcun peggioramento rispetto alla situazione esaminata precedentemente dal SAM (cfr. doc. _). Tale circostanza è stata del resto sostanzialmente confermata dalla valutazione peritale 14 gennaio 2003 del dr. _____. Quest'ultimo ha precisato che "rispetto alla valutazione del marzo 1998, la sintomatologia del signor _____ sembra essere lievemente progrediente, motivo per cui è consigliabile un'ulteriore valutazione da parte del Dr. _____" (sottolineatura del redattore, cfr. doc. _), mentre con scritto 14 maggio 2002 il dr. _____ ha riferito di non aver più visto il paziente dal novembre 2000 allorquando "mi riferiva ancora sensazioni di dolori toracali ed ansie notturne, a quanto mi diceva praticamente stabili da molti anni" (doc. _). Il fatto che dal 2000 il ricorrente non si è più rivolto ad un cardiologo fa ritenere che la patologia cardiologica sia rimasta per lo meno stazionaria. È quindi da ritenere che per motivi cardiaci, _____ - come attestato dal perito - presenta un'incapacità lavorativa del 50% tenuto conto delle limitazioni indicate in perizia (lavoro massimo di 4 ore, senza il ripetuto sollevamento di pesi superiori a 10-15 chili). In conclusione, visto quanto precede, annullata la decisione 10 aprile 2003, gli atti sono rinviati all'UAI affinché proceda all'accertamento di cui al considerando precedente e renda una nuova decisione tenuto conto dell'insieme delle patologie invalidanti (reumatologica e cardiologica).

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