

TI_GERICHTE 32.2003.42 vom 11. April 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-04-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.42

FR: TI_GERICHTE 32.2003.42 du 11 avril 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2003.42 del 11 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 per contro sono le nuove norme di legge introdotte a seguito della 4a revisione della LAI, entrata in vigore al 1° gennaio 2004. 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 _____ ha diritto ad una rendita d'invalidità.

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*, 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 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 (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 (art. 28 cpv. 2 LAI: 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. Nel caso in esame, l'UAI ha incaricato il dr. _____, attivo presso il Servizio di gastroenterologia all'Ospedale _____, di valutare lo stato di salute di _____ ed accertare l'eventuale inabilità lavorativa. Dal referto 19 novembre 2002 (doc. _) risulta che il summenzionato specialista, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, nonché le constatazioni obiettive, ha accertato che l'assicurato è affetto da un'epatite C cronica, riassumendo come segue la propria valutazione: " Paziente di 50 anni, sottoposto dal 2000 a 2 interventi terapeutici, per un'epatite C cronica, genotipo 3, la prima volta senza esito favorevole, la seconda volta, cura terminata all'inizio dell'estate 2002, con effetto favorevole e negatività della presenza del virus, apparentemente i valori del fegato sono attualmente normali. Durante il periodo prima della diagnosi e della terapia il paziente presentava uno stato di stanchezza ben compatibile con un'epatite C, è in effetti uno dei sintomi più frequente, attualmente, come lo ammette il paziente stesso, si trova in una condizione fisica notevolmente migliore. A mio parere, dopo aver visitato il paziente, e preso conoscenza dei documenti che mi sono stati forniti, ritengo che la proposta del medico curante d'allora, dell'inabilità lavorativa del 75% mi sembra attualmente, sicuramente esagerata. Concordo, invece, con il parere del collega dottor. _____, gastroenterologo di _____, su un'invalidità nell'ordine del 25 a 30%. Il futuro del paziente è soprattutto legato alla persistenza della negatività del virus dell'epatite C, i prossimi controlli saranno da effettuare all'inizio del 2003, presso il dottor _____. Inoltre è ovvio che il paziente deve nella misura del fattibile astenersi dal bere bevande alcoliche, in questo caso negatività del virus, bevande alcoliche ridotte al minimo, la prognosi a lungo termine di questa epatopatia dovrebbe rimanere abbastanza buona. Conclusioni : Attualmente il paziente potrebbe beneficiare al massimo di un'invalidità nell'ordine del 25 a 30%." (Doc. _)

2.6. In sede di opposizione, il ricorrente ha prodotto lo scritto 14 febbraio 2003 a lui indirizzato del gastroenterologo curante, dr. _____ avente il seguente tenore: " Mi riferisco al nostro ultimo colloquio e come d'accordo le posso confermare che è portatore di una cirrosi su un'epatite cronica C. Ricordo che ha terminato ca. 6 mesi orsono un trattamento durato 6 mesi durante i quali ha preso dell'Interferon peghilato e della Ribavirina. Alla fine della cura medicamentosa il virus dell'epatite era scomparso dal sangue. Eravamo molto contenti del risultato favorevole. Per verificare se la risposta al trattamento era duratura poche settimane orsono abbiamo ripetuto un prelievo. Purtroppo l'esame del sangue mostra che il virus è tuttora presente e che quindi

la terapia non è stata di efficacia duratura. E' senz'altro utile che informi l'assicurazione AI di questo fatto nuovo, non conosciuto quando era stata fatta la perizia riguardo al sua richiesta di prestazioni. Ci sentiremo prossimamente per discutere come procedere." (Doc. _) Tale documento è stato esaminato dal medico responsabile SMR, il quale con scritto 31 marzo 2003 ha evidenziato che: " La nuova comunicazione del Dr. _____, gastroenterologo curante, attesta che dopo sospensione della terapia si è verificato di nuovo attività virale (quindi anche questo tipo di terapia è fallito). Non vengono descritti mutamenti dello stato generale. Gli esami di laboratorio allegati depongono per una lieve anemia, mentre i valori delle transaminasi, seppur alterate, non raggiungono limiti alti come prima della terapia. Praticamente ci troviamo di fronte a una situazione come quando il Dr. _____ ha inviato il rapporto AI. L'evoluzione dell'epatite dovrebbe portare a cirrosi anche importante e controlli regolari saranno necessari. Le conseguenze "debilitanti" in modo serio quali l'encefalopatia, l'ipertensione portale con aumento delle varici esofagee, la formazione di ascite saranno motivo di rivalutazione. Non so dare importanza al suggerimento del Dr. _____ e del Dr. _____ secondo i quali è importante che il paziente si astenga dall'ingestione di alcol; l'alcol è tra i tossici maggiori per il fegato e l'astensione fa parte della prevenzione di tutte le patologie epatiche – l'accento su questo punto potrebbe indicare che malgrado ciò vi sia anche questo elemento in gioco. In tal caso la lieve anemia, piuttosto che espressione di epatopatia, potrebbe anche essere espressione di cattiva nutrizione. Quest'ultime considerazioni non aggiungono, momentaneamente nulla alla valutazione della CL. In conclusione: non trovo elementi che possano indurci a valutare diversamente la documentazione di cui disponiamo." (doc. _) Considerato come il dr. _____ abbia ritenuto il succitato nuovo atto medico non rilevante ai fini di una diversa valutazione della fattispecie in esame, l'amministrazione ha di conseguenza confermato la reiezione della domanda di prestazioni assicurative, presentando l'assicurato un'incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno, inferiore al 40%. 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 pag. 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 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, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 111).

2.8. Mediante il presente ricorso _____ ribadisce il peggioramento del suo stato di salute dovuto al fatto che, così come attestato dal rapporto 14 febbraio 2003 del dr. _____ (cfr. consid. 2.6), nonostante l'effetto positivo (temporaneo) del secondo trattamento medicamentoso, è stata nuovamente riscontrata, a seguito di un ulteriore prelievo di sangue, la presenza del virus responsabile dell'epatite C. Orbene, è vero che questa nuova circostanza è subentrata dopo l'allestimento della perizia 19 novembre 2002 del dr. _____. Tuttavia, sulla scorta degli atti presenti nell'inserto, non risulta che tale fatto abbia portato ad una modifica della situazione invalidante. Nella presa di posizione 31 marzo 2003, il dr. _____ (SMR) ha rettamente evidenziato come nel succitato rapporto del dr. _____ non vi sia descritto alcun mutamento dello stato generale dell'assicurato, né sono state rimarcate le conseguenze invalidanti conseguenti alla malattia, quali l'encefalopatia, l'ipertensione, la formazione di ascite (cfr. consid. 2.6). Del resto, la cirrosi epatica non è stata (purtroppo) attestata la prima volta dal dr. _____ nel suo rapporto 14 febbraio 2003, ma già nel giugno 2001 (doc. _) ed è quindi stata considerata nella perizia dr. _____ del 19 novembre 2002. Il dr. _____ ha inoltre rilevato che i risultati degli ultimi esami di laboratorio (cfr. doc. _) non sono peggiorati, evidenziando in particolare come il valore delle transaminasi, seppur elevato, non abbia raggiunto l'entità presente al momento dell'inizio della seconda cura (cfr. referto 19 luglio 2002 sub. doc. _). In queste circostanze, dunque, rettamente il medico dell'UAI ha sostenuto che “ ci troviamo di fronte a una situazione come quando il dr. _____ ha inviato il rapporto AI” (trattasi del rapporto del 15 novembre 2002, cfr. doc. _), la cui valutazione è stata confermata dal perito dr. _____ (“ A mio parere, dopo aver visitato il paziente, e preso conoscenza dei documenti che mi sono stati forniti, ritengo che la proposta del medico curante d'allora, dell'inabilità lavorativa del 75% mi sembra attualmente, sicuramente esagerata. Concordo, invece, con il parere del collega dottor. _____, gastroenterologo di Bellinzona, su un'inabilità nell'ordine del 25 a 30%.”; sottolineatura del redattore, cfr. perizia pag. 3, doc. _). In conclusione, essendo la perizia completa e dettagliata, a cui va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.7), è da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che _____ presenta, almeno sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102) , un'incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno, del 25/30%. Non essendo raggiunto il grado minimo pensionabile del 40%, al ricorrente non può essere riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità. Questo tuttavia non significa che, in caso di peggioramento, successivamente alla decisione impugnata, delle condizioni invalidanti medicalmente comprovate, l'interessato non potrà inoltrare una nuova domanda di prestazioni .

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