

TI_GERICHTE 32.2003.43 vom 14. April 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-04-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.43

FR: TI_GERICHTE 32.2003.43 du 14 avril 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2003.43 del 14 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 accertare se _____ ha diritto ad una rendita AI.

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 (G. 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; M. Valterio, *op. cit.*, 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; G. Scartazzini, op. cit, 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).

2.5. Secondo la giurisprudenza, la nozione di invalidità nell'ambito dell'assicurazione invalidità coincide di massima con quella vigente in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135 consid. 4d, 126 V 291 consid. 2a, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali (DTF 127 V 135 consid. 4d, 126 V 291 consid. 2c). Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno. Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale (DTF 127 V 135 consid. 4d, 126 V 293 consid. 2d). Secondo la giurisprudenza, non sono tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135 consid.4d; 126 V 292 consid. 2b, 119 V 471 consid. 2b). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128 segg. (cfr. anche VSI 2001 pag. 79 segg). il TFA ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente. In una decisione non pubblicata dell'8 luglio 1999 nella causa A.F. (U183/98), il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 pag. 170 consid. 4a).

2.6. Nel caso in esame, non ritenendo le affezioni dell'assicurato di natura extrainfortunistica, l'amministrazione ha basato il proprio giudizio sulle valutazioni dell'_____, in particolare per quel che concerne i gradi d'incapacità lavorativa relativi alla seconda ricaduta (quelli susseguenti all'evento infortunistico del 1997 ed alla prima ricaduta sono stati di breve durata e quindi non rilevanti ai fini dell'eventuale diritto

alla rendita AI) che sono stati definiti dall'assicuratore LAINF nel modo seguente: 100 % dal 16 ottobre 1998; 0% dal 23 aprile 1999; 50% dal 1° giugno; 100% dal 9 luglio 1999 e 0% dal 6 dicembre 1999 (cfr. doc. AI _). _____, secondo l'amministrazione, avrebbe quindi diritto ad una rendita d'invalidità dal 1° ottobre 1999 (dopo un anno di attesa ex art. 29 cpv. 1b LAI) sino al 31 marzo 2000 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI). Avendo tuttavia il ricorrente presentato la domanda di prestazioni AI nell'agosto 2001, la stessa è stata ritenuta tardiva ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 LAI ("Se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta, in deroga all'articolo 24 capoverso 1 LPGa. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro dodici mesi da quando ne ha avuto conoscenza.")). Infatti, non sussistendo nel mese di agosto 2000 (un anno prima della domanda) un diritto alla rendita, l'amministrazione non ha versato alcuna prestazione assicurativa. Orbene, dall'esame degli atti in causa, a mente di questa Corte, la soluzione adottata dall'UAI non può essere confermata e questo per i seguenti motivi. 2.7. Dagli atti di causa risulta che, trattandosi di affezioni derivanti esclusivamente da eventi infortunistici, l'amministrazione ha ritenuto il ricorrente pienamente abile al lavoro dal 6 dicembre 1999 così come è stato valutato dall'_____ mediante la decisione su opposizione 12 maggio 2000 (diventa definitiva) e questo in virtù della funzione coordinatrice del concetto d'invalidità tra le due assicurazioni sociali (cfr. consid. 2.5). Tuttavia, va osservato che la decisione dell'assicuratore infortuni si è basata sui referti 4 ottobre e 8 novembre 1999 della Clinica _____ che non hanno permesso di trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo dei dolori lamentati dall'assicurato ("Insgesamt müssen die Schultergelenkbeschwerden als unklar bezeichnet werden. Strukturell kann kein Korrelat gefunden werden. Bezüglich der rechten Schulter ist der Patient im Ermangelung eines strukturellen Korrelates für die Beschwerden voll arbeitsfähig" cfr. rapporto 11 novembre 1999, sub doc. AI _), motivo per cui dal 6 dicembre 1999 l'assicuratore infortuni ha cessato di versare prestazioni (cfr. decisione su opposizione 12 maggio 2000: "... risulta che i disturbi fatti valere alla spalla destra non hanno alcun correlato e cui, conseguentemente l'assicurato è abile al lavoro in misura totale" in doc. AI _). Al proposito va ricordato che, sotto l'aspetto infortunistico, secondo costante giurisprudenza, in casi del genere, non essendo stata individuata, dal profilo medico-scientifico, l'origine dei disturbi, l'amministrazione, rispettivamente il giudice delle assicurazioni sociali, non può riconoscere l'esistenza di una relazione di causalità naturale con l'evento traumatico assicurato (cfr., in questo senso, la STCA del 13 settembre 2001 nella causa C., inc. n. 35.1999.90, confermata dal TFA con sentenza del 9 gennaio 2003, U 347/01, del 21 settembre 2000 nella causa P., inc. n. 35.1998.57, confermata dal TFA con giudizio del 13 marzo 2001, U 429/00, del 22 febbraio 1999 nella causa D., inc. n. 35.1998.61 e del 19 febbraio 1999 nella causa A., inc. n. 35.1998.10; cfr. inoltre, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, SZS 2/1994, p. 105s.: "Lässt sich der medizinisch-wissenschaftliche Beweis für das Vorliegen organischer Befunde, ihrer Verantwortlichkeit für die vorhandenen Beschwerden und die Ursächlichkeit der unfallmässigen Einwirkung zum Eintritt des organischen Befundes, nach derzeitigem Wissensstand, in einem konkreten Fall, trotz sorgfältigen Abklärungen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, entfällt insofern die Leistungspflicht der Unfallversicherer ohne weiteres" - la sottolineatura è del redattore). Ritenuto ora che, come risulta dalla definizione legale dell'invalidità (art. 8 LPGa rispettivamente art. 4 cpv. 1

vLAI, cfr. consid. 2.4), l'assicurazione invalidità è concepita come "assicurazione finale" (a differenza della LAINF quale "assicurazione causale") e che quindi non è rilevante la genesi del danno alla salute (eccezione fatta per le infermità congenite ex art. 13 LAI), ma la circostanza che l'incapacità lavorativa sia dovuta ad un'affezione (cfr. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 14; idem, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungs-rechts, SZS 2/1994, p. 84; sui fattori invalidanti vedi anche DTF 107 V 20 consid. 2c), nel caso concreto l'UAI non poteva ritenersi vincolato dalla valutazione dell'_____. Inoltre va fatto presente che con rapporto 31 ottobre 2000 il dr. _____, dell'Ospedale di _____, ha valutato che "questo paziente presenta una sindrome algica alla spalla dx, stato dopo diversi interventi" (sub. doc. AI _) e che il 17 aprile 2001 il medico fiduciario dell'assicurazione _____, dr. _____, ha riconosciuto un'incapacità lavorativa, rilevando in particolare quanto segue: " (...) Paziente di 43 anni, macchinista di professione, che lamenta dolori alla spalla dx con impotenza relativa e netta limitazione nei movimenti d'abduzione, rotazione interna-esterna in un contesto di trauma, come evento iniziale, nel 1997 e interventi di ricostruzione della cuffia dei rotatori nel 1997 e shaving di lesione slap nel 1999. Lo stato attuale, a mio avviso, non permette una attività professionale che richieda l'uso del braccio dx come leva di forza o che implichi dei movimenti ripetitivi. Una attività lavorativa che esclude tali criteri è proponibile. Una rivalutazione, dopo aver tentato l'approccio terapeutico proposto dal Dr. _____, soggiorno in una piano clinico, tipo Bethanien pain clinic, _____, per determinare l'abilità lavorativa teorica è indicato. L'incapacità lavorativa completa è riconosciuta per tale periodo." (Doc. AI _) In queste circostanze, dunque, gli atti sono rinviati all'UAI affinché, mediante un approfondito esame medico, accerti lo status del ricorrente (incluso l'infortunio del 25 maggio 2002, cfr. doc. AI _) e l'effettivo grado d'incapacità lavorativa, determinando in seguito l'eventuale diritto alla rendita, tenendo tuttavia in considerazione l'inoltro tardivo della richiesta di prestazione ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 LAI. 2.8. Pendente causa _____ ha trasmesso lo scritto 17 giugno 2003 del suo medico curante, in cui quest'ultimo ha evidenziato quanto segue: " In risposta alla sua richiesta la informo sullo stato di salute del signor _____ che già nel 1995, in seguito ad una caduta, aveva riportato una contusione della spalla dx con lesione legamentare. Una TAC della spalla destra richiesta dal dr. _____ ed eseguita in febbraio 1997 ha confermato la lesione. Il 17.11.97 il Dr. _____ ha sottoposto il paziente ad un intervento chirurgico alla spalla ed il paziente ha ripreso il lavoro il 01.02.98 malgrado i forti dolori alla spalla. Dato il persistere dei dolori è stata eseguita una artroscopia dal Dr. _____. Il paziente è stato poi inviato a _____ dalla spettabile _____ che lo ha considerato abile al lavoro dal 06.12.99. Nel maggio 2002 l'interessato è caduto con la bicicletta riportando la frattura della clavicola sx e di 4 costole dell'emitorace sx. Il 01.05.03 il paziente ha riportato ustioni di II° grado all'arto superiore sx e al viso. L'1.6.03 è caduto dalla scooter riportando una forte contusione alle spalle. Come può costatare dai vari infortuni successi al mio paziente, le sue condizioni di salute sono peggiorate e non riesce a svolgere delle attività lavorative neanche medio-leggere. Gli ultimi due infortuni sono stati notificati alla _____. Il paziente rimane inabile al lavoro al 100% in attesa di un'eventuale visita fiduciaria da parte della spett. _____." (Doc. _) Ora, occorre innanzitutto ricordare che, secondo costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui è stata resa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93

consid. 3, 99 V 102), ciò che corrisponde in concreto al 14 aprile 2003. Pertanto, nella presente procedura gli infortuni del 1° maggio e 1° giugno 2003 non possono essere presi in considerazione ai fini della valutazione di un eventuale peggioramento dello stato valetudinario, ma lo potranno essere unicamente in sede di revisione ex art. 17 LPGa. Per questo motivo, dunque, la richiesta di sospensione della procedura non ha potuto essere accolta (cfr. XV). Visto l'esito favorevole del ricorso l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili. Secondo la costante giurisprudenza del TFA l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria (cfr. DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.).

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