

TI_GERICHTE 32.2004.109 vom 12. Mai 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-05-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2004.109

FR: TI_GERICHTE 32.2004.109 du 12 mai 2005

IT: TI_GERICHTE 32.2004.109 del 12 maggio 2005

Regeste

incapacità lavorativa per motivi fisici e psichici. Riformazione professionale. Rinvio atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici (psichici)

Erwägungen

E. 1

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). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, 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%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA (rispettivamente dell'art. 28 cpv. 2 vLAI) 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, 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. 16 LPGA e 28 cpv. 2 vLAI: metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; *Pratique 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). 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). Al proposito va precisato che, secondo una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607 ; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b). " Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni

dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). 2.5. Secondo l'art. 17 LAI, l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 111 consid. 2b; AHV Praxis 1997 p. 80 consid. 1b; SVR 1998 IV Nr. 24). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI " per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. " Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (DTF 124 V 110 consid. 2a; SVR 1996 IV p. 230 consid. 1 b.; STFA non pubbl. del 12 aprile 1994 in re S.; Valterio, op. cit., pag. 136; DTF 99 V 34; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pagg. 127/128). Di regola è dato il diritto ad un provvedimento adeguato e necessario allo scopo integrativo, se esso corrisponde alle capacità dell'assicurato, non tuttavia ad una formazione professionale nettamente superiore o che supera le esigenze medie (per esempio da muratore a pilota, DTF 122 V 79 consid. 3b.bb; Meyer-Blaser, op. cit., pag. 128; DTF 99 V 35). La legge intende infatti assicurare una riforma necessaria e sufficiente (DTF 124 V 110 consid. 2a). La misura dev'essere quindi adeguata e deve esistere una proporzione ragionevole tra i costi che provoca e il risultato che ci si può attendere (Meyer-Blaser, op. cit., pagg. 130/131). 2.6. Nella fattispecie, il dr. _____, internista e reumatologo, su incarico dell'UAI in data 7 dicembre 2001 ha rilasciato il seguente referto peritale: " (...) Le mie diagnosi sono: > Gonartrosi progredente sinistra con: . stato dopo meniscectomia artroscopica il 05.04.2000. > Sindrome lombovertebrale cronica su: . turbe statiche (scoliosi sinistro convessa) disbalance muscolare . lievi alterazioni degenerative (protrusione discale L5/S 1) . Stato dopo M. di Scheuermann. > Lieve gonartrosi dr. > Sindrome depressiva reattiva. > Adiposità. > Onicodistrofia psoriatca. Il paziente soffre di due patologie principali a livello reumatologico. Da una parte una gonartrosi sinistra che si ripercuote con importanti dolenze al carico e in posizione eretta. L'alterazione oltretutto appare in progressione. A dr l'artrosi francamente è minima e quindi non influenza la capacità lavorativa. Come seconda patologia il paziente soffre d una sindrome lombo vertebrale soprattutto su turbe statiche e insufficienza muscolare. Infatti la protrusione discale L5/S 1 è minimale e si può spesso riscontrare come reperto casuale anche in pazienti senza dolori lombari. Non ho alcun indizio né anamnestico né clinico o radiologico per una eventuale spondilartrite. Il ginocchio si ripercuote sulla capacità lavorativa con un'impossibilità ad esercitare a tempo pieno un'attività lucrativa che richieda di stare a lungo in piedi o dover camminare molto. Una tale attività può essere proposta al massimo al 50%. A causa della patologia lombare al paziente sono precluse attività dove deve portare o sollevare pesi oltre i 30 kg. L'attività di cameriere è dunque proponibile attualmente al 50%. In un'attività dove il paziente possa regolarmente cambiare posizione, dove possa stare

seduto e non debba portare a lungo pesi oltre i 30 kg il paziente è abile nella misura del 90%. Penso in questo caso ad attività nell'ambito commerciale (vedi anche formazione professionale del paziente), traduzioni, infatti il paziente conosce le lingue slave, il tedesco e l'italiano. A livello terapeutico sia per le ginocchia sia per la schiena è importante un calo ponderale così come un'attività fisica regolare ed in particolare il rinforzo del quadricipe a sinistra. Tali attività però non hanno influsso alcuno sulla capacità lavorativa dell'assicurato. La prognosi a medio lungo termine per la patologia lombare è di una persistenza sino a miglioramento della situazione attuale. A livello del ginocchio sinistro di un peggioramento in particolare se dovesse continuare con dei lavori non adatti (vedi cameriere). Per questo motivo penso sia più sensato procedere ad una riqualifica professionale che insistere anche solo al 50% nella sua attuale professione di cameriere, professione che comporta un rischio di peggioramento della situazione locale con poi possibile aumento dell'inabilità lavorativa.

E. 1.1

Se sì, la preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione

E. 1.2

Se no preghiamo di motivare No, perché non è possibile con terapie mediche o adattamenti del posto di lavoro attuale aumentare l'attuale capacità lavorativa. 2- E possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. 2.1 se sì con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro) ? a. Secondo lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro ? 3- L'assicurato è in grado di svolgere altre attività 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività ? Deve essere un'attività in cui il paziente possa regolarmente cambiare posizione, dove possa stare seduto e non debba portare a lungo pesi oltre i 30 kg. Penso in questo caso ad attività nell'ambito commerciale (vedi anche formazione professionale del paziente), traduzioni infatti il paziente conosce le lingue slave, il tedesco e l'italiano. 3.2 In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno) ? 7-8 ore al giorno 3.3 E presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro? No. " (doc. AI 23) Nel suo rapporto medico del 4 marzo 2002 il dr. _____, psichiatra, ha diagnosticato una "depressione ricorrente attualmente in remissione" e una "lombosciatalgia" precisando: " si tratta di un 48enne originario dell'ex jugoslavia, coniugato, una figlia 19enne che vive con loro. Dal 1989 ha lavorato nel settore alberghiero in qualità di cameriere ed aiuto-cuoco ma a causa dei suoi disturbi alla schiena ed al ginocchio non è riuscito a continuare il suo lavoro. Mi è stato segnalato da parte del medico curante Dr. _____, in seguito ad uno stato ansioso-depressivo che presentava da circa 1 anno prima. Egli è attualmente al beneficio di una psicofarmaco-terapia e colloqui di sostegno. Si lamenta piuttosto dei suoi disturbi somatici e vari dolori dovuti alla schiena e al ginocchio ma anche varie somatizzazioni. Per quel che riguarda la sua inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico rimane nella misura del 20-30% ed è auspicabile un'abilità parziale nella misura del 50% per impiego adeguato. " (doc. AI 24) In data 22 luglio 2002 l'assicurato è stato ascoltato dalla consulente in integrazione professionale (doc. AI 30), la quale ha ordinato uno stage d'integrazione nell'ambito di una riformazione professionale presso il _____ di _____ della durata di tre mesi (doc. AI 31). Dopo la stesura del rapporto finale della consulente (di cui si dirà in seguito), in data 29 aprile 2003 il dr. _____ del SMR ha osservato: " Si è proceduto come da perizia reumatologica dr. _____ del 12.2001 che secondo il mio parere medico approvo e condivido sia nei

contenuti che nella valutazione dell'abilità lavorativa. Ciononostante atti reintegrativi sono sfociati negativamente per motivo reumatologico? Psichiatrico? Propongo: - rivalutare tramite perito dr. _____ la situazione reumatologica per convalidare o meno lo stato della perizia 12.2001 (oppure se del caso valutare un peggioramento e se si da quanto e in che misura): perizia si effettuerà in giugno 2003 dopo aver discusso il caso con il perito per una breve rivalutazione da parte sua - nel frattempo inviare a _____ psichiatra un rapporto medico per valutare lo stato psichiatrico e l'abilità lavorativa solo dal lato psichiatrico. " (doc. AI 41) Nel suo rapporto del 30 maggio 2003 il dr. _____ ha precisato: " 3. rispetto all'ultimo rapporto AI, il paziente vive ancora con la moglie che presenta anch'essa gravi problemi psichici, comportamentali, anche a causa di un abuso etilico che crea un ulteriore stress e preoccupazioni al paziente. Oltre ai suoi dolori alla schiena, dal punto di vista psichiatrico presenta un ulteriore miglioramento, salvo le somatizzazioni che a volte presenta sottoforma di varie somatizzazioni e certe preoccupazioni, accompagnate anche da disturbi del sonno. Attualmente assume solo una pastiglia di Truxal 15 mg alla sera ed è al beneficio di colloqui di sostegno con un decorso piuttosto favorevole dal punto di vista psichiatrico ma rimane la problematica dovuta alla sua patologia lombosciaticale. " (doc. AI 43) Nel suo referto peritale del 12 giugno 2003 il dr. _____ ha precisato: " 4 Diagnosi - Gonartrosi sin. con: . stato dopo meniscectomia artroscopica del 05.04.2000 - Sindrome lombovertebrale cronica su: - turbe statiche (scoliosi sin. convessa, disbalance muscolare) . lievi alterazioni degenerative con protusione discale L5/S1 . Stato dopo Morbo di Scheuermann - Lieve gonartrosi dx - Sindrome depressiva reattiva - Adiposità (BMI 30) - Onicodistrofia psoriatica 5 Valutazione L'attuale perizia è richiesta dall'AI per una rivalutazione dello stato a circa un anno e mezzo dalla precedente. Il paziente ha accusato multipli problemi durante la riqualifica e la questione che si pone ora è di sapere se persiste una capacità lavorativa per lavori leggeri. Il paziente soffre, come nel dicembre 2001, di due patologie principali a livello reumatologico. Da una parte una gonartrosi sin. che si ripercuote con dolenza al carico e in posizione eretta, l'altra una sindrome lombovertebrale che è data in particolare dalla turbe statiche e dall'insufficienza muscolare visto la presenza unicamente delle minime alterazioni degenerative stabili nel corso degli anni. Adesso come allora non ho alcun indizio. L'unica cosa nuova è l'apparizione di una sindrome cervico toracale di moderata entità senza alterazioni degenerative al livello del passaggio cervico toracale. Adesso come allora non alcun indizio né anamnestico, né clinico, né radiologico per un eventuale spondilartrite. Lo stato del paziente è praticamente stazionario se non lievemente migliorato rispetto alla mia precedente perizia del dicembre 2001. Infatti tutte le immagini radiologiche mostrano di base una stabilizzazione della situazione senza grossi cambiamenti. Anche l'esame clinico, se comparato a quello precedente, mostra una situazione in pratica uguale con forse al limite un leggero miglioramento per quello che riguarda l'atrofia a livello della gamba sin. Attualmente come allora il paziente può lavorare al massimo al 50% in una attività lucrativa che richiede di stare a lungo tempo in piedi o di camminare molto come quella di cameriere. In un'attività dove il paziente possa regolarmente cambiare posizione, dove possa stare seduto e non debba portare a lungo pesi oltre i 30 kg, il paziente è abile nella misura del 90%. Penso in questo caso ad un'attività in ambito commerciale, traduzioni visto che il paziente conosce bene sia il tedesco che l'italiano e lo slavo. Per quel che riguarda la prognosi essa è rimasta invariata rispetto alla valutazione di circa 1 anno e mezzo fa. " (Doc. AI 45) Nella sua "proposta medico" del 25 giugno 2003 il dr. _____ del SMR ha rilevato: " Dopo la rivalutazione clinica dr. _____ reumatologo si convalida una

stazionarietà sia per la patologia del ginocchio che del rachide. Esigibilità 50% come cameriere mentre in attività adatte e leggere (vedi valutazione reumatologica a dossier) abilità al 90%. Inoltre dr. _____ riporta un miglioramento della sindrome depressiva (valutandola come in remissione nel suo certificato del 4.2003). Propongo IL 50% come cameriere IL 20-30% in attività adeguate e leggere (specialmente limitazione dovuta al problema lieve psichiatrico). " (doc. AI 46) Su richiesta del legale dell'assicurato, in data 15 settembre 2003 la dr.ssa _____, psichiatra, ha rilevato: "(...) Diagnosi: Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio grave, senza sintomi psicotici (ICD-10 F 33.2). Dalla storia clinica, dalla valutazione del dossier messo a disposizione al paziente da parte del Dr. _____, la diagnosi di depressione ricorrente, appare certa e inconfutabile.

Attualmente lo stato depressivo presentato dal paziente è grave. La sindrome depressiva grave, presentata, caratterizzata da importante apatia, abulia, astenia, anedonia, facile esauribilità, grave insonnia, angoscia, giustifica un'inabilità completa. Una remissione completa della sintomatologia depressiva non viene mai di fatto descritta né dal paziente né dai suoi famigliari, viene unicamente descritta con lieve miglioramento durante l'estate del 2002, che aveva reso così possibile un tentativo di reinserimento professionale presso il Centro _____ di _____, tentativo però fallito in seguito al peggioramento dello stato depressivo legato sia alle difficoltà cognitive presentate (difficoltà di concentrazione e di attenzione), sia ad un'ulteriore ferita narcisistica grave, legata al rilevamento del paziente dell'impossibilità di riuscire ad avere ancora capacità e abilità come in passato.

Personalmente non condivido la decisione da parte dell'AI, di non riconoscere l'inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico come duratura e permanente, visto il lungo decorso dello stato depressivo, di fatto mai risoltosi, la descrizione fatta del paziente del suo stato risulta attendibile. Per la patologia fisica non è mio compito esprimermi, né sulle diagnosi presentate, tantomeno sul grado di inabilità lavorativa, pertanto per lo stesso la prego di riferirsi al medico curante Dr. _____ che segue il paziente dal novembre 1999.

Attualmente il paziente è a beneficio di una terapia antidepressiva con Fluctine 20 mg. cp 2-1-0-0; Temesta exp. 1 mg 1-1-1-0; Temesta exp. 2.5 mg 0-0-0-1. " (allegato doc. AI 56) Nelle sue "annotazioni" del 19 luglio 2004 il dr. _____, medico responsabile del SMR, ha osservato: " L'assicurato risulta affetto da lesioni degenerative dell'apparato locomotore, in particolare - gonartrosi sin. • con stato dopo meniscectomia - sindrome lombovertebrale cronica su • turbe statiche scoliosi e disbalance muscolare) • lievi alterazioni degenerative con protrusine discali L5-S1 • stato dopo m. Scheuermann - lieve gonartrosi dx. - adiposità - oncodistrofia psoriatica - sindrome depressiva reattiva Il reumatologo valuta lo stato del soggetto e le conseguenze sulla CL in modo coerente, determinando un'IL del 50% per l'attività di cameriere (considerando la necessità di star sempre in piedi - anche se non statica, e quella di porto di pesi importanti (le casse di bibite non pesano mai 30 chili). Per attività con possibilità di cambiare posizione, di poter stare seduto, di non portare oltre 30 chili la CL raggiunge il 90% e porta, come esempio dal lato medico ragionevole di integrazione, in servizio amministrativo/traduzioni. Nella valutazione di decorso si annota l'insorgenza di sindrome cervico-vertebrale senza degni segni di lesioni degenerative. La valutazione suggerisce un lieve miglioramento, ma la CL non viene valutata diversamente. La sindrome depressiva è stata valutata dal curante e indicata come "depressione ricorrente attualmente in remissione" (rapporto del 06.06.03) con un'IL del 20-30% (specificando poi che si tratta di valutazione, anche se non spec. dell'handicap dato dalla lombosciatalgia). Trattandosi, quella psichiatrica, di una patologia in remissione non si imponeva una richiesta di informazioni supplementari o di verifica . In

conclusione i lavori con i limiti funzionali descritti sono, dal lato medico-teorico, esigibili nella misura del 90%. " (doc. AI 81) 2.7. 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 (Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 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; Pratique 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, 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) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). Inoltre, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve

tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124).

2.8. Nella fattispecie, dopo avere preso atto del secondo referto peritale 12 giugno 2003 del dr. _____ - che ha sostanzialmente confermato le conclusioni rilevate con il primo referto peritale 7 dicembre 2001 -, l'UAI ha calcolato il grado d'invalidità dell'assicurato risultato inferiore al tasso minimo richiesto per l'erogazione di una rendita (doc. AI 51 e 88). L'assicurato per contro ritiene di dovere essere messo a beneficio di una rendita d'invalidità (doc. I). In concreto, per quanto attiene ai disturbi fisici, il problema è stato in sostanza individuato principalmente a livello di gonartrosi (sinistra) ed a livello lombare (sindrome lombovertebrale cronica). In esito ad un approfondito esame dello stato di salute dell'assicurato, nei referti peritali del dicembre 2001 rispettivamente del giugno 2003, il dr. _____, reumatologo, ha diagnosticato una "gonartrosi sin. con stato dopo meniscectomia artroscopica del 05.04.2000", una "sindrome lombovertebrale cronica su turbe statiche (scoliosi sin. convessa, disbalance muscolare, lievi alterazioni degenerative con protusione discale L5/S1, stato dopo Morbo di Scheuermann)" ed una "lieve gonartrosi destra" (doc. AI 81), concludendo per una limitata capacità lavorativa nella sua precedente professione di cameriere in ragione del 50%; per attività leggere idonee dove l'assicurato possa regolarmente cambiare posizione, stare seduto e non debba portare a lungo pesi oltre i 30 kg, egli presenterebbe per contro un'abilità lavorativa del 90%. Lo specialista ha indicato quali professioni possibili quelle in ambito amministrativo e di traduzione (l'assicurato conosce bene le lingue straniere). Tale valutazione è stata confermata anche dal dr. _____ e dal dr. _____ (doc. AI 46 e 81). Riassumendo, dal lato fisico, agli atti non sono presenti validi atti medici che possano in un qualche modo mettere in discussione le conclusioni cui è giunto lo specialista dr. _____, avallate anche dei medici del SMR (doc. AI 46 e 48). Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico agli atti è presente un rapporto medico del 4 marzo 2002 del dr. _____, psichiatra, il quale ha diagnosticato una "depressione ricorrente attualmente in remissione" precisando che l' "inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico sarebbe del 20-30% e che sarebbe inoltre "auspicabile un'abilità parziale nella misura del 50% per impiego adeguato" (doc. AI 24). Nel suo successivo referto del maggio 2003 il dr. _____ ha confermato sostanzialmente quanto precedentemente rilevato accennando comunque ad un lieve miglioramento della sindrome depressiva (doc. AI 43). Tuttavia, in data 15 settembre 2003 la dr. _____, anch'essa psichiatra, ha diagnosticato una "sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio grave, senza sintomi psicotici (ICD-10 F 33.2)" evidenziando un peggioramento dello stato psichico dell'assicurato (doc. AI 56). La specialista ha precisato che la "sindrome depressiva grave, presentata, caratterizzata da importante apatia, abulia, astenia, anedonia, facile esauribilità, grave insonnia, angoscia,

giustifica un'inabilità completa". Avuto notizia del peggioramento dello stato di salute dal punto di vista psichico nel settembre 2003 (cfr. referto dr.ssa _____, doc. AI 56) l'amministrazione avrebbe dovuto indagare con precisione se ed in che misura il peggioramento paventato dalla dr.ssa _____ avesse un riscontro dal punto di vista medico e trarre le dovute conclusioni in merito alla residua capacità lavorativa rispettivamente al guadagno dell'assicurato. In conclusione, siccome l'aspetto psichiatrico non è stato vagliato in maniera dettagliata ed approfondita, gli atti sono retrocessi all'UAI affinché accerti con la dovuta precisione se e da quando l'assicurato è per motivi psichici inabile al lavoro, in quale percentuale e quali attività sono eventualmente ancora esigibili, verificando ogni sospetto di aggravamento dello stato di salute. Sulla base di tali risultanze l'amministrazione determinerà poi l'eventuale grado d'incapacità al guadagno del ricorrente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § La decisione su opposizione 17 novembre 2004 è annullata. §§ Gli atti sono rinviati all'Ufficio AI perché proceda conformemente ai considerandi. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. L'amministrazione verserà al ricorrente fr. 1'000.-- di ripetibili (IVA inclusa). 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. terzi implicati Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente Il segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti

E. 5

Alle vostre domande rispondo A Basi Cliniche

E. 6

Anamnesi Vedi punto 1

E. 7

Dati soggettivi dell'assicurato Vedi punto 2

E. 8

Constatazioni obiettive Vedi Punto 3

E. 9

Diagnosi a. Diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro > Gonartrosi progredente sinistra con: . stato dopo meniscectomia artroscopica il 05.04.2000. > Sindrome lombo vertebrale cronica su: . turbe statiche (scoliosi sinistro convessa) disbalance muscolare . lievi alterazioni degenerative (protrusione discale L5/S1) . Stato dopo M. di Scheuermann. > Lieve gonartrosi dr. b. Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro > Sindrome depressiva reattiva. > Adiposità. > Onicodistrofia psoriatica.

E. 10

Valutazione e prognosi Il paziente soffre di due patologie principali a livello reumatologico. Da una parte una gonartrosi sinistra che si ripercuote con importanti dolenze al carico e in

posizione eretta. L'alterazione oltretutto appare in progressione. A dr l'artrosi francamente è minima e quindi non influenza la capacità lavorativa. Come seconda patologia il paziente soffre di una sindrome lombo vertebrale soprattutto su turbe statiche e insufficienza muscolare. Infatti la protrusione discale L5/S1 è minimale e si può spesso riscontrare come reperto casuale anche in pazienti senza dolori lombari. La prognosi a medio lungo termine per la patologia lombare è di una persistenza sino a miglioramento della situazione attuale. A livello del ginocchio sinistro di un peggioramento in particolare se dovesse continuare con dei lavori non adatti (vedi cameriere). B Conseguenze sulla capacità di lavoro 1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati La patologia del ginocchio sinistro si ripercuote sulla capacità lavorativa con un'impossibilità ad esercitare a tempo pieno un'attività lavorativa che richieda di stare a lungo in piedi o dover camminare molto. A causa della patologia lombare al paziente sono precluse attività dove deve portare o sollevare pesi oltre i 30 kg. 2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato ? L'attività di cameriere è dunque proponibile attualmente solo parzialmente perché comprende lunghi periodi in cui il paziente deve stare in posizione eretta o camminare per lunghi tratti. 2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico Il paziente deve poter cambiare regolarmente posizione, non camminare per più di 23 km di fila, non deve portare a lungo pesi oltre i 30 kg. a. L'attività attuale è ancora praticabile ? Sì 2.4 Se sì, in quale misura (ore al giorno)? 4 ore al giorno 2.5 E presente inoltre una diminuzione della capacità di lavoro ? No 2.6 Se sì, in che misura? Almeno il 20% ? Possiamo ritenere che il paziente sia inabile al 100% dal 03.01.1999. a. Qual'è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro ? Devo desumere dagli atti a mia disposizione un'incapacità lavorativa al 100% dal 03.01.1999 e 50% dal 01.10.2000 data della perizia del dr _____. C- Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1- E possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso ? Ne sono Previsti ?

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