

## **TI\_GERICHTE 32.2006.149 vom 18. September 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-09-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2006.149](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.149)

FR: TI\_GERICHTE 32.2006.149 du 18 septembre 2006

IT: TI\_GERICHTE 32.2006.149 del 18 settembre 2006

### **Regeste**

Respinto domanda prestazioni AI.TCA interpellato neurochirurgo consultato da assicurato, che ha rilevato (8/06) un'IL al 50% a causa di una stenosi del canale spinale. Visto il suo carattere evolutivo, molto probabile già presente prima dell'8/06. Rinvio atti per stabilire quando intervenuta stenosi e IL.

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo 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. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). 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). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 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). 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). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im

Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01). 2.4. Nella concreta evenienza l'UAI ha negato all'assicurato il diritto a una rendita di invalidità fondandosi principalmente sul rapporto del 23 agosto 2004 dei medici della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attinente alla degenza 12 luglio – 3 agosto 2004 presso tale istituto inviato all' \_\_\_\_\_ e sul referto del 18 gennaio 2005 del Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, rilasciato all'attenzione della \_\_\_\_\_, assicuratore per la perdita di guadagno dovuta a malattia dell'insorgente (cfr. doc. LAINF 1-11 segg.; doc. AI 10-4). I medici della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ hanno diagnosticato: " 1. Lombalgia aspecifica con importante sindrome miofasciale bilaterale e blocco al passaggio dorsolombare su/con: · esiti di caduta con contusione della colonna vertebrale occorsa in data 22.01.04; · stato dopo frattura L1 e L2 circa 20 anni fa con deformazione a cuneo di L1 e L2; · marcata spondilartrosi L4/L5 e L5/S1. 2. Adiposità. 3. Tabagismo cronico, sospetto abuso etilico" (Doc. LAINF 1-11) Inoltre i sanitari hanno indicato che, in considerazione della sintomatologia accusata dall'assicurato a quel momento, la capacità lavorativa rimaneva dello 0% fino al 24 agosto 2004. Essi hanno pure specificato che, ritenuta l'età del paziente, la durata dei sintomi e il decorso durante la riabilitazione, il ricorrente avrebbe potuto riprendere la sua attività lavorativa in qualità di manovale in misura parziale osservando le seguenti limitazioni: evitare movimenti ripetitivi sopra il piano orizzontale, non sollevare pesi oltre i 10 kg sopra il piano orizzontale. Dal punto di vista della schiena l'assicurato avrebbe dovuto evitare poi movimenti ripetitivi di rotazione e flessione della colonna lombare e il sollevamento da terra di pesi di oltre 15 kg (cfr. doc. LAINF 1-13). Dal canto suo il Dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver formulato una diagnosi analoga a quella espressa dai medici della Clinica di \_\_\_\_\_, riguardo alla capacità lavorativa dell'assicurato ha attestato che, considerato il suo stato di salute, l'insorgente presentava un'incapacità lavorativa al 50% intesa a metà funzione per attività di media entità e in forma duratura. Egli ha precisato, da un lato, che per un lavoro in cui non doveva sollevare pesi superiori ai 10 kg in modo ripetitivo e poteva svolgere i lavori in posizione ergonomia del tronco, egli avrebbe potuto teoricamente essere abile in forma completa. Dall'altro, che in considerazione della formazione scolastica e del mercato del lavoro riteneva ciò veramente improbabile (cfr. doc. AI 10-6; 10-7). 2.5. L'assicurato, alla fine del mese di agosto e nel mese di settembre 2006, è stato esaminato, su indicazione del suo medico curante, dal Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurochirurgia. Dal rapporto del 21 settembre 2006 emerge che la situazione dell'insorgente risultava invariata, che l'insorgente continuava ad accusare dolori lombari più o meno costanti e che i fastidi aumentavano nettamente deambulando con sensazioni parestetiche alle gambe. Nel mese di settembre 2006 l'assicurato è stato, altresì, sottoposto a una RM e a una RX funzionale del rachide lombare dai cui reperti il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha evinto che: " (...) I radiogrammi funzionali confermano una cifosi post traumatica D12/L1 con fratture da compressione stabile ed anchilosi dei segmenti. I segmenti sottostanti non presentano instabilità. La RM a sua volta evidenzia processi degenerativi molto importanti e diffusi accentuati però nella zona di frattura. A livello L3/4 c'è la presenza di una grave stenosi del canale spinale e molto importante anche nel segmento L4/5. A mio modo di vedere quest'importante stenosi dovrà essere operata a breve/medio termine. In considerazione della situazione clinica e neuroradiologica ritengo inadeguato l'atteggiamento dell'AI di rifiutare una rendita

perlomeno parziale a questo paziente che presenta delle alterazioni radiologiche veramente importanti, che condizionano in maniera decisiva la capacità lavorativa, a mio modo di vedere anche oltre il 50%. Anche in caso di un intervento decompressivo del canale spinale, ci sarà all'in più una capacità lavorativa residuale del 50%." (doc. O) Per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto il referto del 21 settembre 2006 del Dr. med. \_\_\_\_\_ è posteriore alla decisione impugnata. Tuttavia, da una parte, l'assicurato con scritto del 12 settembre 2006 susseguente al progetto di decisione del 26 luglio 2006 (cfr. doc. M., N), aveva informato l'UAI di essere stato visitato, già a fine agosto 2006, dallo specialista in questione e che gli esiti degli accertamenti sarebbero giunti a metà ottobre 2006. Dall'altra, quanto riscontrato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ può permettere di accertare lo stato di salute dell'assicurato antecedente al provvedimento contestato. Pertanto tale rapporto è rilevante ai fini del presente giudizio. Esso è suscettibile di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 18 settembre 2006 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Di conseguenza il TCA, nel mese di luglio 2007, ha interpellato il Dr. med. \_\_\_\_\_, perché indicasse a partire da quando, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante, era subentrato il peggioramento da lui attestato nell'agosto/settembre 2006 (cfr. doc. X; XII). Il Dr. med. \_\_\_\_\_, con scritti del 19 e del 26 luglio 2007, ha precisato che la valutazione dell'abilità lavorativa presentata dall'assicurato di cui al suo rapporto del settembre 2006, ovvero un'incapacità al lavoro anche oltre il 50% (cfr. doc. O), si basa sul fatto che l'assicurato presenta, oltre ai processi degenerativi diffusi del rachide lombare, anche una stenosi del canale spinale che per definizione è sinonimo di mobilità patologica segmentale e che quindi progredisce anche se lentamente portando prima o poi a un intervento decompressivo ed eventualmente di fissazione. Egli ha segnalato che qualora un intervento non venisse preso in considerazione in tempo utile, possono subentrare, a distanza di anni, problemi neurologici irreversibili (paresi, incontinenza alle feci e urine). Inoltre il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato che, esaminando la documentazione inviatagli da questo Tribunale, e meglio i rapporti del 18 gennaio 2005 del Dr. med. \_\_\_\_\_ e del 23 agosto 2004 dei medici della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha constatato che tali sanitari hanno preso nota del fatto che il paziente accusava dolori anche deambulando (sospetto di claudicatio spinale per stenosi del canale spinale), ma non hanno dato seguito a queste informazioni e non hanno provveduto ad accertamenti approfonditi tramite RM o almeno una TAC. Egli ha altresì sottolineato, in primo luogo, che l'ulteriore RM eseguita nel luglio 2007 ha riconfermato i processi degenerativi diffusi, la frattura L1 e L2 e la stenosi del canale spinale. In secondo luogo, che il peggioramento radiologico non era eccessivo rispetto all'esame precedente e anche l'esame clinico era paragonabile a quello del 2006 (cfr. doc. X; XIII). Riguardo più specificatamente all'inizio dei disturbi accusati dall'assicurato, in particolare della stenosi mista del canale spinale, il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato: " (...) già nell'agosto del 2004, durante la degenza presso la Clinica di \_\_\_\_\_ (lettera di dimissione: pagina 2, quarta riga dall'alto), il paziente riferiva fastidi alla deambulazione, cito: limitazioni cinetiche nel chinarsi e nel camminare oltre un'ora. La sintomatologia del canale spinale stretto era probabilmente già manifesta benché in maniera molto blanda

(fastidi nel camminare oltre un'ora). Nello scritto del Dr. \_\_\_\_\_ del gennaio 2005 si accennava in maniera piuttosto evidente che il paziente accusava dolori dipendenti dai movimenti e non presenti a riposo (lettera del Dr. \_\_\_\_\_ alla Wincare Assicurazioni; pagina 2, quinta riga sopra "anamnesi sociale"). Da questi due scritti deduco che nell'arco di un anno, quindi dal 2004 al 2005, c'è stato un peggioramento perlomeno anamnesticamente quindi soggettivo della situazione del paziente. Evidentemente in assenza di accertamenti adeguati preesistenti non mi è possibile confermare con certezza se già allora il canale spinale stretto era clinicamente rilevante. Suppongo, ma non lo affermo con certezza, che dal 2004 il paziente presentasse una sintomatologia sospetta per canale spinale stretto." (Doc. XIII) Il Dr. med. \_\_\_\_\_, del SMR, dopo avere preso visione delle certificazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, ha sì riconosciuto un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato con inabilità lavorativa del 50% anche per attività confacenti con evoluzione incerta - previsto intervento - richiedente la ripresa dell'istruttoria, tuttavia unicamente dal mese di agosto 2006, in quanto il peggioramento risulta documentato a partire dall'agosto 2006 (cfr. doc. IIIbis). Egli ha segnatamente indicato che essenziale per l'AI non è la diagnosi ma la sintomatologia e la funzionalità residua e che in caso il ricorrente è stato visto nel gennaio 2005 dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che ha preso atto della sua sintomatologia, riconosciuta e non messa in dubbio, esprimendo in seguito una valutazione della capacità lavorativa residua pure condivisa dal curante. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha pure fatto presente che disturbi che insorgono dopo diverse centinaia di metri (e che poi regrediscono fermandosi) non sono limitanti per attività che non richiedono degli spostamenti prolungati (cfr. doc. XVII). 2.6. Alla luce di tutto quanto esposto, in particolare delle convincenti e motivate attestazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, a mente di questa Corte la fattispecie, per quanto riguarda il giudizio sull'incapacità al lavoro dell'assicurato, non è stata adeguatamente e compiutamente indagata. In effetti dalle certificazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, alle quali va senz'altro attribuita piena valenza probatoria conformemente alla succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.3), risulta che la stenosi del canale spinale di cui è affetto il ricorrente, in aggiunta ai processi degenerativi diffusi, provoca un'inabilità lavorativa definitiva del 50% (cfr. doc. XI). Questa circostanza è stata riconosciuta pure dall'UAI che, sulla base del rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_, ha indicato che effettivamente la stenosi del canale spinale evidenziata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ causa un'incapacità al lavoro del 50% anche per attività confacenti. L'amministrazione ha però indicato che il peggioramento va considerato a partire dall'agosto 2006, per il motivo che la stenosi è documentata a fare tempo da questa data (cfr. doc. III; IIIbis; XVI). Il neurochirurgo ha, per contro, attestato di supporre, alla luce dei sintomi presentati dall'assicurato già nel 2004/inizio 2005, che dal 2004 quest'ultimo presentasse una sintomatologia sospetta per canale spinale stretto (cfr. doc. XIII). Visto che la stenosi del canale spinale è un'affezione a carattere evolutivo con decorso lento (cfr. doc. XI; XIII), questa Corte ritiene altamente probabile che la stessa sia stata presente e abbia influenzato la capacità lavorativa dell'assicurato già prima dell'agosto 2006. In simili condizioni, si rende quindi necessario, al fine di giungere ad un chiaro e attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurato e sulle sue effettive ripercussioni invalidanti, procedere ad un'accurata valutazione, dal profilo sia della tempistica dell'insorgenza della stenosi del canale spinale, che della relativa influenza sull'abilità lavorativa del ricorrente. La considerazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ per sostanziare il fatto che il peggioramento della sintomatologia con influsso sulla capacità lavorativa residua va considerato soltanto a partire dall'agosto 2006, ossia, segnatamente, che è a fare tempo dal mese di agosto 2006 che il peggioramento

risulta documentato e che allorché il Dr. med. \_\_\_\_\_, nel gennaio 2005, ha valutato la capacità al lavoro dell'insorgente, egli si è fondato sulla sintomatologia e sui disturbi presentati dal ricorrente a quel momento (cfr. doc. XVII), non è tale da sovvertire la conclusione a cui è giunta questa Corte. In effetti, in primo luogo, la motivazione secondo cui il peggioramento è stato documentato solo nel mese di agosto 2006 si rivela, alla luce del carattere progressivo della stenosi, carente e semplicistica. In secondo luogo, la certificazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ risale a un periodo antecedente la domanda di prestazioni AI e non permette, perciò, di escludere che in seguito sia intervenuta una modifica dell'abilità lavorativa dell'assicurato a causa dell'insorgenza della stenosi del canale spinale.

2.7. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. In proposito cfr. pure STF I 327/06 del 17 aprile 2007 consid. 5. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nell'evenienza concreta ci si trova confrontati ad un accertamento sommario dei fatti che ha richiesto l'esperimento di accertamenti specialistici presso il Dr. med. \_\_\_\_\_. In effetti l'UAI, nell'ambito della presente procedura, non ha effettuato alcuna indagine medica, ma si è basato sulla documentazione medica (rapporto del 23 agosto 2004 di dimissione dalla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ inviato all'\_\_\_\_\_, doc. LAINF 1-11; referto del 18 gennaio 2005 del Dr. med. \_\_\_\_\_ allestito all'attenzione dell'assicuratore per perdita di guadagno causata da malattia, doc. AI 10-4) anteriore alla domanda di prestazioni AI del marzo 2005. S i giustifica, pertanto, l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'Ufficio AI perché, ordinata una perizia medica volta a determinare quando ha iniziato a insorgere la stenosi del canale spinale, la relativa evoluzione e le conseguenti ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'insorgente, si pronunci nuovamente sulla sua domanda di prestazioni.

2.8. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un avvocato,

ha diritto a un'indennità per ripetibili da mettere a carico dell'UAI (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). Di conseguenza la domanda di ammissione all'assistenza giudiziaria presentata contestualmente al ricorso diventa priva di oggetto (cfr. STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02; STFA dell'8 novembre 2001 nella causa F., U 134/99; STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T. contro INSAI e TCA, U 59/99; STFA del 2 agosto 1999 nella causa H.D contro UAI e TCA, I 360/97; STFA del 19 novembre 1998 nella causa S.S contro CCC, P 7/97 e STFA del 27 aprile 1998 nella causa INSAI contro A.C. e TCA, U 18/97).

2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, in cui la parte resistente è soccombente, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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