

TI_GERICHTE 32.2006.185 vom 26. Juli 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-07-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.185

FR: TI_GERICHTE 32.2006.185 du 26 juillet 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2006.185 del 26 luglio 2007

Regeste

UAI non ha debitamente approfondito tutte le patologie dell'assicurata, con riferimento in particolare alle affezioni ortopediche, attestate da specialisti in materia. Rinvio atti all'UAI perché ordini una perizia pluridisciplinare universitaria che valuti tutte le patologie dell'interessata

Erwägungen

E. 6

giugno 2006, lo specialista in reumatologia consultato dall'amministrazione ha diagnosticato una sindrome del dolore cronico con prevalenza lombare associata ad una fibromialgia generalizzata nell'ambito di una sindrome somatoforme; una sindrome lombovertebrale e spondilogenica cronica persistente a sinistra con stato dopo Morbo di Scheuermann lombare con ampio nodulo di Schmorl nella placca superiore L4, condrosi L3/4 e corrispondente spondilartrosi e stato dopo impianto di un'endoprotesi discale L3/4; stato dopo frattura del piatto tibiale e lesione legamentare del ginocchio destro. Per quanto concerne l'esigibilità lavorativa, il dr. _____, ribadendo quanto già constatato nella sua precedente perizia del 1° giugno 2004, ha dichiarato la ricorrente pienamente abile al lavoro in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 64, p. 10: "La situazione clinica e morfologica attuale appare quindi sovrapponibile ai riscontri del 2004. Dal profilo prettamente reumatologico le conclusioni in merito alla capacità lavorativa sono quindi le stesse: non vi sono nuovi impedimenti rispettivamente limitazioni della capacità fisica residuale come stabilite allora (pag. 10 della perizia precedente): "la paziente può alzare e portare pesi molto leggeri (fino a 5 kg) in modo normale e pesi leggeri (fino a 10 kg) in forma ridotta. Non può invece alzare pesi maggiori. La manipolazione di oggetti leggeri e medi è possibile normalmente. Per le posizioni di lavoro vi sono limiti specialmente se deve lavorare con le braccia elevate (possibile solo in forma ridotta) o se sono richiesti movimenti ripetitivi di rotazione con il tronco (da evitare). Seduta con il tronco piegato è esigibile in forma normale ma per un massimo di un'ora senza interruzione; lo stesso vale per la posizione eretta (da interrompere dopo mezz'ora circa). Lavori in ginocchio sono possibili in forma ridotta (per difficoltà nel rialzarsi). Spostamenti su terreni piani sono possibili fino a 2 km circa senza pausa. Camminare su terreni accidentati è possibile solo in forma ridotta. L'impiego delle mani e delle braccia è possibile normalmente, eccezion fatta per lavori sopra l'altezza della testa, da evitare per una relativa iperlordosi lombare e per l'affaticabilità in presenza di un'insufficienza del portamento. Attività lucrative che possano rispettare quanto sopra sarebbero dal lato reumatologico esigibili in forma normale". – il corsivo è della redattrice). Il dr. _____ ha poi tenuto a precisare che a suo avviso l'interessata ha risentito dell'impossibilità per gli specialisti da lei consultati di fornire una diagnosi precisa circa l'origine dei suoi disturbi e delle

discordanti possibilità terapeutiche prospettate, ritenendo indispensabile una nuova valutazione psichiatrica (doc. 64-10). L'assicurata è quindi stata nuovamente sottoposta ad una perizia psichiatrica, elaborata dal dr. _____ in data 22 agosto 2006. In quella sede, lo specialista in psichiatria ha diagnosticato una distimia (ICD-10: F34.1) ad esordio precoce; una sindrome da dolore somatoforme (ICD-10: F45.4) / fibromialgia; un disturbo di personalità psiconevrotico (ICD-10: F 60.8) e problemi correlati alle circostanze economiche (ICD-10: Z59) . Quanto all'esigibilità lavorativa, il dr. _____ ha evidenziato che, rispetto alla sua precedente perizia del 30 settembre 2004, l'assicurata presenta un peggioramento delle sue condizioni psichiche, da considerare ora di gravità media-media superiore, peggioramento riscontrato nella sfera del tono dell'umore e in relazione alla sintomatologia algica. Il perito ha quindi giudicato che la patologia psichica limita la capacità lavorativa dell'insorgente nella misura del 50-55%, e ciò in qualsiasi attività professionale adeguata (doc. 66, p. 5: "I disturbi psichici della perizianda, più sopra elencati, compromettono nella misura del 50-55% la sua capacità lavorativa in qualsivoglia attività a lei idonea , in qualità di salariata (non cumulabile / da calcolarsi dal mese di maggio 2006, obiettività psichiatrica accertata dal dr. _____ durante la sua visita peritale del 31 maggio 2006)." – il corsivo è della redattrice). Quanto alla prognosi, il dr. _____ ha precisato che, viste le diagnosi, la stessa sarebbe stata determinata dal tempo, evidenziando che una nuova valutazione peritale avrebbe dovuto avere luogo non prima di un anno dopo l'inizio di un trattamento psicoterapeutico (doc. 66-4). Il dr. _____ del SMR ha quindi ritenuto l'assicurata inabile al lavoro in misura del 55% in qualsiasi attività, a partire da maggio 2006 (doc. 68- 2). 2.7. Con la propria impugnativa, la ricorrente contesta soprattutto le valutazioni mediche peritali, che si fonderebbero sull'errato presupposto che la sintomatologia dolorosa non sia riconducibile ad una particolare lesione organica. Al contrario, la sintomatologia dolorosa sarebbe da ricondurre al fatto che la protesi discale è penetrata nel corpo vertebrale e alla anterolistesi (ossia allo scivolamento di una vertebra sull'altra), con necessità di stabilizzazione della colonna vertebrale tramite intervento di spondilodesi (cfr. doc. I). Nel certificato medico del 22 febbraio 2005 il PD dr. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, sospettava lo scivolamento della protesi verso il canale lombare, ritenendo l'interessata inabile al lavoro al 100% fino al chiarimento della stabilità della protesi. Egli si è così espresso: " (...) Beurteilung und Procedere: Aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht besteht aufgrund der radiologischen Verlaufsdokumentation erheblicher Verdacht auf eine Nachsinterung der Prothese im Bereiche L3 mit dort reaktiver Sklerosierung und Höhenverlust der Etage. Durch diesen Höhenverlust, welcher in den Bildvergleichen vom Juli 2003 zu den aktuellen Funktionsaufnahmen erheblich ist, ist es zu einer Reaktivierung der dorsalen Facettenprobleme gekommen, welche naturgemäss mit einem intercorporellen implantat nur bei starker Distraction günstig beeinflusst werden können. Zum weiteren besteht zweifellos eine chronifizierte Schmerzsymptomatik bei einer belasteten Voranamnese, welche die Situation bez. Schmerzverarbeitung überlagert und auch mit dem Medikamentenabusus über die allg. zu erwartenden Reaktionen hinausgeht. Gleichwohl ist hier eine ergänzende Abklärung mit einer Szintigraphie angezeigt, um die Aktivität einerseits im Bereiche der Prothese, namentlich im Grundplattenbereich L3 zu prüfen und gleichzeitig auch im Facettenbereich L2/3, L3/4 und L4/5. Ich würde Ihnen empfehlen, die Patientin für diese Abklärung im Ospedale _____, _____, vorzustellen. Ich bin gerne bereit, entsprechende Bilder dann ergänzend einzusehen. Bez. der von Ihnen erhobenen Fragestellung bez. der Arbeitsfähigkeit ist die Patientin aus

wirbelsäulen-orthopädischer Sicht bis zur Klärung der Stabilität der Endoprothese L3/4 100% arbeitsunfähig." (Doc. M) Nel successivo referto del 14 marzo 2005, dopo aver preso visione dell'esame scintigrafico dell'11 marzo 2005, il PD dr. _____ ha confermato che la protesi è entrata nel corpo vertebrale, evidenziando che l'incremento del metabolismo osseo vertebrale attestato nella scintigrafia è stato causato dall'instabilità della protesi. Egli ha quindi ritenuto opportuno sottoporre l'assicurata ad una visita specialistica presso il dr. _____, chirurgo ortopedico, al fine di valutare la necessità di una spondilodesi: " Aufgrund der Sachlage bestätigt sich der Befund einer Anreicherung LWK 3 bei Status nach Bandscheibenprothese L3/4. Wie _____ im Röntgenbild erkennbar, ist die Bandscheibe im Bereiche der Grundplatte LWK 3 eingesunken, so dass die örtliche ossäre Aktivität dort aufgrund der Unruhe der Prothese zu erklären ist. Da ich selbst aufgrund der bisher wenig überzeugenden Ergebnisse der Bandscheibenprothesen die Technik noch nicht selbst durchführe, möchte ich Ihnen vorschlagen, die Falldokumentation mit den aktuellen Röntgenbildern, Szintigramm und allenfalls unter Beilage meines Berichtes Herrn Dr.med. _____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie Kantonsspital _____, zur Begutachtung ergänzend vorzulegen. Dies namentlich auch mit der Frage, ob aufgrund der Sachlage eine definitive Spondylodese L3/4 allenfalls unter Belassung des ventralen implantates eine zusätzliche dorsale Spondylodese zu erwägen wäre." (Doc. N) In data 30 maggio 2005 il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha evidenziato l'esistenza di una anterolistesi, proponendo alla paziente un esame mielografico e la posa di un fissatore provvisorio in vista di una spondilodesi dorsale in caso di miglioramento del dolore. Lo specialista ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al 100%, osservando: " (...) Beurteilung & Procedere; Chronisches, hauptsächlich lokales, lumbales Schmerzsyndrom mit Beinausstrahlungen beidseits. Hauptsächlich dorsalseitig in die unteren Extremitäten linksbetont. Ursache ist unklar. Es könnte dabei die Instabilität des Segmentes L3/L4 hauptursächlich sein. Man muss bei dieser Patientin jedoch sicherlich auch bedenken, dass hier bestimmt ein chronifiziertes Schmerzproblem vorliegt, so dass weitere chirurgische Massnahmen mit grösster Vorsicht durchgeführt werden sollten. Ich habe Frau RI 1 vorgeschlagen, dass man die Situation abschliessend mittels einer lumbalen Myelographie und Myelo-CT-Untersuchung (inkl. Funktionsaufnahmen in der Myelographie) abklären sollte. Damit könnte man einerseits eine Protheseneinsinterung doch mit grosser Wahrscheinlichkeit nachweisen (Sagitale Rekonstruktion im CT und Sagital- und Frontal-Konstruktion im CT und zusätzlich auch eine möglicherweise die Beinsymptomatik bestimmende funktionelle Stenosierung auf Niveau L3/L4 nachweisen). Danach könnte man allenfalls als letzten Schritt einen probatorischen Fixateur über das Segment L3 und L4 montieren, um zu schauen, ob die Instabilität effektiv für das Beschwerdebild bei der Patientin verantwortlich ist. Mit dem probatorischen Fixateur hat man auch immer die Möglichkeit, diesen Eingriff wieder rückgängig zu machen ohne dass man dem Patienten zusätzlich gross noch geschadet hätte. Nur bei einem ganz klaren Resultat des probatorischen Fixateurs würde ich allenfalls die dorsale Stabilisation in Erwägung ziehen. Ich hoffe, Ihnen mit diesen Angaben gedient zu haben. Meiner Meinung nach, ist wie Dr. _____ es beschreibt, bis die Patientin definitiv abgeklärt worden ist, eine 100% Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Eine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, lässt sich aber erst nach Erhalt der weiteren Röntgenabklärung machen. Ich bin gerne bereit, die Myelographie- und Myelo-CT-Bilder der Patientin die sie durchaus im Tessin anfertigen lassen kann zu beurteilen und wenn sie dies wünscht, auch den probatorischen Fixateur im Spital _____ dann zu montieren."

(Doc. O) L'assicurata ha pure consultato il Prof. dr. _____, specialista FMH in anestesiologia, il quale nel suo referto 7 aprile 2006 ha rilevato che i dolori alla gamba sinistra sono di origine neuropatica, ponendo l'indicazione di una discografia per valutare la necessità di ulteriori interventi (doc. OO1). Nel successivo rapporto 29 maggio 2006 il Prof. _____ ha constatato l'esistenza di una sindrome neuropatica (doc. OO). Queste le considerazioni espresse al riguardo dal dr. _____ del SMR nelle sue annotazioni 23 novembre 2006: " Diagnosi: sindrome del dolore cronico / fibromialgia sindrome lombovertebrale e - spondilogeno cronica persistente a sinistra da - stato dopo m. di Scheuermann lombare - stato dopo impianto endoprotesi discale L3/4 6.2003 distimia ad esordio precoce disturbo di personalità psiconevrotico vedi nota del 5.9.2006 in fase di opposizione che si basa su rivalutazione peritale reumatologica (6.6.2006 dr. _____) e psichiatrica (22.8.2006 dr. _____). In fase di ricorso vengono presentati: - lettera del prof. _____ del 29.5.2006: da questa lettera risulta che la discografia a livello lombare L3/L4 e L4/L5 non ha provocato i noti dolori dell'assicurata, ragion per la quale non vengono ritenuti indicati ulteriori interventi invasivi. - lettera del prof. _____ del 7.4.2006: il rapporto contiene un riassunto anamnestico e infine viene posta l'indicazione ad una discografia per valutare l'indicazione ad ulteriori interventi. Valutazione: i rapporti e le conclusioni diagnostiche erano già a disposizione del perito dr. _____ che li ha presi debitamente in considerazione. L'attuale documentazione presentata in sede di ricorso non permette quindi di rendere verosimile una modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto al momento delle valutazioni peritali del 2006." (Doc. III bis) 2.8. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti e 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 (STFA 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause G., U 329/01 e S., U 330/01; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572) , la nostra Corte federale ha confermato 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. 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Trattandosi specificatamente delle perizie esperite dai centri medici di accertamento dell'AI, il TFA, nella DTF 123 V 175, ha esplicitamente ammesso che l'imparzialità e l'indipendenza di questi servizi nei confronti dell'amministrazione e dell'UFAS sono garantite. Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del

disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, p. 571 seg., in particolare la nota 158, p. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in SZS 1999 p. 105 ss), 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 tenere conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita di 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 succitati 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 (cfr. STCA inedita del 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124). 2.9. Nell’evenienza concreta, questo Tribunale, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione qui impugnata, ritiene che non tutte le patologie dell’assicurata sono state sufficientemente approfondite. In particolare l’Ufficio AI non ha debitamente considerato la patologia ortopedica, con riferimento alla protesi discale e al suo probabile scivolamento verso il canale lombare, alla anterolistesi e alla necessità di un intervento di spondilodesi. Infatti, è vero che l’amministrazione ha correttamente e a due riprese (nel 2004 e poi nuovamente nel 2006) sottoposto l’assicurata ad un accurato esame sia reumatologico che psichiatrico, incaricando il dr. _____ e il dr. _____ di eseguire delle perizie specialistiche in merito alle patologie reumatologiche e psichiatriche e al loro eventuale influsso sulla capacità lavorativa dell’interessata. In tale contesto, nella perizia 6 giugno 2006 il dr. _____ ha ribadito la sua precedente valutazione peritale del giugno 2004, ritenendo l’assicurata pienamente abile al lavoro in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, attirando l’attenzione dell’amministrazione circa la necessità di procedere ad una nuova approfondita valutazione psichiatrica (doc. AI 64-10). Nella sua valutazione peritale 22 agosto 2006 il dr. _____ ha per contro rilevato la presenza di un peggioramento delle condizioni di salute dell’interessata rispetto alla sua precedente perizia del 30 settembre 2004, da considerare ora di gravità media-media superiore, ritenendola inabile al lavoro al 50-55% in qualsiasi attività professionale adeguata (doc. 66, p.). È altrettanto vero che l’amministrazione, nonostante i referti medici degli specialisti in chirurgia ortopedica PD dr. _____ e dr. _____ e del Prof. _____, che attestano l’esistenza di problemi a livello della protesi discale e delle vertebre, con un’ anterolistesi necessitante probabilmente di un intervento di spondilodesi , nonché di una sindrome neuropatica , non ha reputato necessario compiere ulteriori accertamenti in tali ambiti. Va al riguardo osservato come 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). Ne consegue che i succitati atti medici del 7 aprile 2006 e del 29 maggio 2006 del Prof. _____, che certificano l'esistenza di sindrome neuropatica (doc. OO e OO1), possono essere presi in considerazione, poiché antecedenti alla decisione contestata del 10 ottobre 2006. Nonostante le patologie ortopediche attestate dagli specialisti in chirurgia ortopedica e la presenza di una sindrome neuropatica, l'amministrazione non ha ritenuto opportuno effettuare nessun tipo di accertamento al fine di valutare l'effettivo impatto delle affezioni citate sulla capacità lavorativa dell'assicurata. A nulla vale a tal proposito l'annotazione 23 novembre 2006 del SMR, che senza svolgere ulteriori approfondimenti ha rilevato che la documentazione medica prodotta dall'assicurata non apporta elementi clinici sufficienti per rimettere in discussione la valutazione peritale del dr. _____ (doc. III bis). 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. 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. In concreto, ci troviamo di fronte ad un accertamento sommario dei fatti. A mente di questo Tribunale, infatti, a fronte delle problematiche ortopediche e neuropatiche attestate dal PD dr. _____, dal dr. _____ e dal Prof. Dr. _____, l'amministrazione avrebbe dovuto compiere ulteriori accertamenti medici al fine di valutare la loro incidenza sulla capacità lavorativa dell'assicurata prima dell'emissione della decisione impugnata. Occorre qui ricordare che secondo la giurisprudenza del TFA, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo ad un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati; l'Alta Corte ha inoltre osservato che la

questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e se del caso in quale misura è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D, I 338/01 pubblicata in RDAT 2002 I no. 72 pag. 485). In una sentenza inedita I 606/03 del 19 agosto 2005 lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia. In particolare, l'Alta Corte ha rilevato: " La fattispecie in esame, infine, differisce da quella di cui alla sentenza pubblicata in RDAT 2002 I no. 72 pag. 485. A prescindere dal fatto che, in quell'occasione, le inabilità lavorative erano comunque state parzialmente sommate, va rilevato che il giudizio si fondava, in quella vertenza, su una perizia pluridisciplinare in cui la situazione valetudinaria era stata attentamente esaminata dai periti nel suo complesso, e non su due perizie indipendenti tra loro come nel caso ora in esame." (STFA citata, consid. 5.5) Per questo motivo, il TFA ha disposto il rinvio all'istanza giudiziaria inferiore degli atti "affinché con l'ausilio di un perito, sulla base dei rapporti medici all'inserto chiarisca la questione circa la cumulabilità o meno dei gradi di inabilità lavorativa in ambito psichiatrico e in ambito reumatologico, e si pronunci nuovamente sul grado d'invalidità" (STFA citata, consid. 6). In simili condizioni, si giustifica l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'Ufficio AI perché, ordinata una perizia pluridisciplinare universitaria che valuti tutte le patologie di cui è affetta l'assicurata, stabilisca la capacità lavorativa globale e si pronunci nuovamente sulla sua domanda di prestazioni. 2.10. Con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha respinto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio inoltrata dall'assicurata contestualmente all'opposizione 7 marzo 2005. 2.10.1. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica, DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Già prima dell'entrata in vigore della LPGA, la giurisprudenza (vedi per l'assicurazione invalidità DTF 114 V 228, per l'assicurazione contro gli infortuni DTF 117 V 408 precisata con la DTF 125 V 32) aveva riconosciuto, senza imporre alcun limite temporale, il diritto al gratuito patrocinio nell'ambito della procedura amministrativa in materia di assicurazioni sociali, a condizione che fossero rispettati gli stessi presupposti applicabili nella procedura giudiziaria, ovvero il richiedente deve trovarsi nel bisogno, il patrocinio deve essere necessario o perlomeno indicato e le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b, ambedue con riferimenti). Il TFA aveva peraltro sottolineato che le condizioni per la concessione del gratuito patrocinio dovevano essere valutate con rigore (cfr. SVR 2000 KV Nr. 2, consid. 4c, pag 6, in fine). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 20, pag. 400; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (cfr. FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (cfr. Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 21, pag. 400-401). In una sentenza I 928/05 del 4 dicembre 2006 in una vertenza relativa all'assicurazione invalidità, il TFA ha osservato che la necessità

dell'assistenza di un avvocato durante la procedura amministrativa va riconosciuta solo in casi eccezionali e dipende dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. In quell'occasione l'Alta Corte ha negato la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione sviluppando le seguenti considerazioni: " (...)

5.1 Was die von Vorinstanz und Verwaltung verweigerte unentgeltliche Verbeiständung im Einspracheverfahren anbelangt, so hat das kantonale Gericht zutreffend erwogen, dass der Gesuch stellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG nur bewilligt wird, wo die Verhältnisse es erfordern, im kantonalen Prozess dagegen bereits, wo die Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG). Richtig ist auch, dass die Oficialmaxime rechtfertigt, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 36 Erw. 4b, 114 V 235 Erw. 5b); die anwaltliche Vertretung im Verwaltungsverfahren drängt sich nur in Ausnahmefällen auf (BGE 132 V 201 Erw. 4.1, 117 V 408 f. Erw. 5a, 114 V 238 Erw. 6). Verlangt werden qualifizierende, besondere Umstände. Dagegen kann nicht bereits aus dem Umstand, dass eine Recht suchende Person während des Verwaltungsverfahrens von einer Fürsorgebehörde betreut wurde, auf die fehlende Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im Einspracheverfahren geschlossen werden. Insoweit greift die Begründung der Vorinstanz zum ablehnenden Entscheid zu kurz.

5.2 Umgekehrt kann aber auch nicht bereits aufgrund der Tatsache, dass eine Rente - mithin eine finanzielle Leistung von in der Regel erheblicher Bedeutung - zur Diskussion steht, automatisch von einer notwendigen Verbeiständung ausgegangen werden. Wollte man bereits in diesem Umstand einen besonders schweren Eingriff in die Rechtsstellung des Versicherten erblicken, der regelmässig eine unentgeltliche Verbeiständung zur Folge hat, würde dies darauf hinauslaufen, dass eine solche in praktisch allen oder den meisten IV-Fällen zu gewähren wäre, was der gesetzlichen Regelung widerspräche (Urteil R. vom 8. November 2006, I 746/06). Es sind vielmehr die konkreten Umstände zu beurteilen.

5.3 Vorliegend hat die IV-Stelle ihre Leistungsverweigerung in einer ersten Verfügung vom 9. Januar 2004 zunächst damit begründet, dass die im Arztbericht von Frau Dr. med. L. _____ vom 30. Dezember 2003 gestellte Diagnose weiterhin eine körperlich nicht belastende Tätigkeit gantztägig ermögliche, was nach wie vor ein rentenausschliessendes Einkommen zulasse. Auf anwaltliche Einsprache hin holte sie den zum Abklärungsbericht der Institution X. _____ vom 23. Juni 2003 abgefassten Zusatzbericht von Frau Dr. med. L. _____ vom 28. April 2004 ein, worin eine psychiatrische Begutachtung empfohlen wurde, und hob die Verfügung deswegen auf (Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004). Nach Eingang des psychiatrischen Berichtes von Dr. med. H. _____ vom 28. Januar 2005, worin auf das Fehlen eines psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsschadens geschlossen wurde, erneuerte die Verwaltung ihre ablehnende Haltung mit Verfügung vom 7. Februar 2005. Aus medizinischer Sicht wies der Fall demnach weder nach Erlass der ersten noch der zweiten Verfügung besondere Schwierigkeiten auf. Auch sonst sind keine qualifizierten Umstände auszumachen. Es galt lediglich, die offenkundige Diskrepanz zwischen den medizinischen Berichten und jenem der Institution X. _____ zu erkennen und aufzugreifen, wozu die den Beschwerdeführer während des Verwaltungsverfahrens begleitende Fürsorgebehörde ohne weiteres in der Lage gewesen wäre. Der vorinstanzliche Entscheid, mit welchem die Notwendigkeit einer anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren verneint wurde, ist somit im Ergebnis zu bestätigen. (...)" (STFA del 4 dicembre 2006 nella causa F., I 928/05, consid. 5.1 e 5.2) Nella sentenza I 746/06 dell'8 novembre 2006 il TFA ha indicato i seguenti casi di

applicazione della propria giurisprudenza: " (...) 3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Notwendigkeit einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren etwa bejaht in Fällen, wo sich die versicherte Person mit mehreren Arztberichten und Gutachten und einem Abklärungsbericht Haushalt auseinandersetzen und zu dem im Rahmen der gemischten Methode vorgenommenen Einkommensvergleich Stellung zu nehmen hatte (Urteil O. vom 27. April 2005 Erw. 7.3, I 507/04), oder wo die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sehr umstritten, die Einkommensberechnung in der Verfügung nicht nachvollziehbar und zudem weitere Einkommensbestandteile umstritten waren (erwähntes Urteil I 75/04 Erw. 3.3), oder in einem Fall, in welchem sich der Versicherte während Jahren wiederholt und erfolglos an die Verwaltung gewandt hatte, ohne dass für die ausserordentlich lange Verzögerung fallbezogene Gründe ersichtlich waren (Urteil W. vom 12. Oktober 2004 Erw. 4.2, I 386/04). Verlangt werden somit qualifizierende, besondere Umstände. (...)" (STFA dell'8 novembre 2006 nella causa R., I 746/06, consid. 3.2) Per un caso in cui, sempre in materia di assicurazione per l'invalidità, il TFA ha invece ammesso la necessità dell'assistenza di un avvocato per la procedura di opposizione visto che si trattava di applicare la giurisprudenza relativa alla sindrome da dolore somatoforme, vedi la sentenza I 319/05 del 14 agosto 2006. 2.10.2. Nella presente fattispecie l'Ufficio AI – lasciata aperta la questione a sapere se si trovasse nel bisogno e se la vertenza non fosse di primo acchito votata all'insuccesso – ha negato all'assicurata il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa in quanto ha ritenuto – rientrando il caso nella casistica più consueta delle pratiche AI – non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato e perché – non essendo sollevati problemi di natura eccezionale o quesiti giuridici di notevole difficoltà – l'insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Secondo questo Tribunale tali argomentazioni non sono in concreto sufficienti per escludere il diritto al gratuito patrocinio. Chiamata a pronunciarsi sui presupposti necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, in particolare sulla necessità dell'assistenza di un avvocato "sachliche Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts", l'Alta Corte, in una sentenza I 911/06 del 2 febbraio 2007 si è confermata nella propria giurisprudenza e ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden (Schwander, Anmerkung zu BGE 122 I 8, in: AJP 1996 S. 495). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (BGE 130 I 182 Erw. 2.2 mit Hinweisen), und wenn auch eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt (BGE 125 V 34 Erw. 2, 114 V 236 Erw. 5b; AHI 2000 S. 163 f. Erw. 2a und b). Die sachliche Notwendigkeit wird nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass das in Frage stehende Verfahren von der Offizialmaxime oder dem Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, die Behörde also gehalten ist, an der Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhalts mitzuwirken (BGE 130 I 183 f. Erw. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen). Die Offizialmaxime

rechtfertigt es jedoch, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 35 f. Erw. 4b; Anwaltsrevue 2005/3 S. 123; Urteil H. vom 10. März 2006 Erw. 7.1, I 692/05). (...)” (STFA del 2 febbraio 2007 nella causa G., I 911/06) La necessità o meno dell’assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione dipende dunque esclusivamente dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata (per dei casi di applicazione cfr. consid. 2.10.1). Ora, nel caso concreto, in cui si trattava di valutare il diritto dell’assicurata ad una rendita AI, per stabilire il suo danno alla salute l’Ufficio AI ha dovuto ricorrere a due perizie, una reumatologica e una psichiatrica (referti peritali 1° giugno 2004 del dr. _____ e 30 settembre 2004 del dr. _____, doc. 39/15-24 e 39/28-34) e, dopo l’opposizione 7 marzo 2005 (su richiesta del suo legale e viste le argomentazioni e i certificati medici prodotti, doc. 39-5), il dr. _____ del SMR ha ritenuto opportuno sottoporre l’interessata ad una nuova valutazione peritale reumatologica da parte del dr. _____ (referto peritale del 6 giugno 2006, doc. 64/1-11) e ad una nuova valutazione peritale psichiatrica da parte del dr. _____ (referto peritale del 22 agosto 2006, doc. 66/1-5). In esito a tali nuove perizie, l’Ufficio AI ha parzialmente accolto l’opposizione, attribuendo all’interessata un quarto di rendita (grado di invalidità del 42%) a decorrere dal 1° gennaio 2004, una mezza rendita (grado di invalidità del 50%) dal 1° aprile 2005 e tre quarti di rendita (grado di invalidità del 63%) dal 1° agosto 2006 (doc. 77/1-6). Alla luce di quanto appena esposto è a torto che l’Ufficio AI ha ritenuto non necessario o perlomeno non indicato l’intervento di un avvocato e concluso che l’insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Per quanto riguarda gli altri presupposti – lasciati aperti dall’Ufficio AI – cumulativamente necessari per riconoscerle il diritto all’assistenza giudiziaria in sede amministrativa, il TCA rileva quanto segue. Le conclusioni dell’opposizione interposta dall’assicurata non erano prive di possibilità di esito favorevole visto che con la decisione qui impugnata l’Ufficio AI l’ha parzialmente accolta (doc. AI 76/1-6). L’assicurata, beneficiaria di una prestazione complementare, è infine chiaramente indigente visti i certificati per l’ammissione all’assistenza giudiziaria e la documentazione prodotti sia in sede di opposizione che in sede ricorsuale (cfr. doc. annessi al ricorso e doc. SS e allegati). Gli atti vanno quindi rinviati all’Ufficio AI affinché si pronunci sull’importo spettante all’assicurata (cfr. DTF 131 V 153). 2.11. Con il ricorso l’assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). Visto l’esito favorevole del ricorso, l’assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell’Ufficio AI 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 con gratuito patrocinio (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.). 2.12. 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, 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.