

TI_GERICHTE 32.2007.246 vom 20. Juni 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-06-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.246

FR: TI_GERICHTE 32.2007.246 du 20 juin 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.246 del 20 giugno 2007

Regeste

Rinvio degli atti all'Ufficio AI per accertare gli effetti sulla capacità lavorativa del peggioramento della sintomatologia somatica avvenuto prima della decisione contestata

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.04.2008 32.2007.246 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.04.2008 32.2007.246 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.04.2008 32.2007.246

Rinvio degli atti all'Ufficio AI per accertare gli effetti sulla capacità lavorativa del peggioramento della sintomatologia somatica avvenuto prima della decisione contestata

Raccomandata Incarto n. 32.2007.246 BS /td Lugano 14 aprile 2008 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 12 luglio 2007 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 20 giugno 2007 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto 1.1. RI 1, nato nel 1963, in precedenza professionalmente attivo quale manovale, nel dicembre 2006 ha inoltrato una domanda di prestazioni AI per adulti (doc. AI 20). Raccolta la pertinente documentazione medica, proceduto ad una valutazione a cura del SMR (Servizio medico regionale dell'AI), con decisione 20 giugno 2007, preavvisata l'11 maggio 2006, l'Ufficio AI ha negato il diritto a qualsiasi prestazioni in quanto “ dagli atti valetudinari acquisiti all'incarto risulta che il danno alla salute ha comportato un'inabilità al lavoro e di conseguenza al guadagno limitata nel tempo, segnatamente dal novembre 2005 al giugno 2006. Non è dunque identificata una malattia di lunga durata con impatto sulla capacità lavorativa” (doc. AI 27-1). 1.2. Con il presente ricorso l'assicurato, rappresentato dal Patronato RA 1, ha postulato l'annullamento della decisione contestata con il conseguente riconoscimento di una rendita intera d'invalidità. Sostanzialmente egli evidenzia di avere serie difficoltà di movimento e che a seguito dell'intervento al braccio sinistro del 18 aprile 2007 non è in grado di sollevare pesi anche leggeri e, qualche volta, le mani si presentano gonfie e doloranti impedendo la presa di qualsiasi oggetto. 1.3. Con risposta di causa l'Ufficio AI, confermata la decisione impugnata, ha chiesto la reiezione del ricorso. 1.4. Pendente causa l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica (doc. VI). 1.5. Interpellato dal TCA, con scritto 19 febbraio 2008 l'Ufficio AI, facendo riferimento alla presa di posizione 14 febbraio 2008 del SMR, ha sostenuto che la documentazione prodotta conferma l'assenza di una malattia di lunga durata e che le patologie sorte successivamente all'emissione della decisione contestata non risultano essere invalidanti (IX). considerato, in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione

delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 49 cpv. 2 LOG e 2 cpv. 1 LPTCA (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 p. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98).

2.2. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Dal momento che nel caso in esame lo stato di fatto giuridicamente determinante è realizzato antecedentemente al 1° gennaio 2008, le modifiche della 5.a revisione della LAI non sono applicabili. Ne consegue che gli articoli della LAI citati in seguito fanno riferimento al tenore valido sino al 31 dicembre 2007. Nel merito 2.3. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurato ha diritto ad una rendita d'invalidità, rispettivamente se presenta un periodo d'incapacità lavorativa di lunga durata.

2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, 1991, pp. 216ss). Va precisato che, 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%. Va altresì rilevato che, ai sensi dell'art. 16 LPGa 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 p. 182 consid. 3, 1990 p. 543 consid. 2; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.).

2.5. AI sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI: " il diritto alla rendita secondo l'articolo 28 nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato: a) presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40 per cento, oppure b) è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media ." Secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al

lavoro per almeno il 40 per cento in media. Di regola il periodo di carenza incomincia non appena l'assicurato subisce una diminuzione sensibile del suo rendimento nella professione esercitata sino a quel momento ed il termine può cominciare a decorrere anche quando l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno o non esercita alcuna attività lucrativa (DTF 105 V 159; RCC 1979 p. 281, 1970 p. 402). Una diminuzione della capacità di lavoro del 20% soddisfa già la nozione legale (Pratique VSI 1998 p. 126). Alla scadenza del termine di 360 giorni l'assicurato deve presentare un'incapacità - questa volta - di guadagno del 40% almeno, che verrà definita secondo i disposti dell'art. 28 LAI. L'ammontare della rendita che verrà versata dipende dal grado d'incapacità di lavoro durante il periodo di carenza e di quello dell'incapacità di guadagno residua dopo i 360 giorni. Di conseguenza una rendita intera potrà essere riconosciuta solo se l'incapacità media di lavoro durante l'anno di carenza è stata di due terzi almeno e se in seguito sussiste un'incapacità di guadagno di perlomeno pari grado (RCC 1980 p. 263). Pertanto se l'incapacità media di lavoro è stata del 60% durante 360 giorni, l'assicurato non avrà diritto per cominciare che ad una mezza rendita anche se allo scadere del termine la sua incapacità di guadagno supera i due terzi. Inversamente, se dopo 360 giorni di incapacità media di lavoro di oltre due terzi l'incapacità di guadagno è scesa al 60%, l'assicurato avrà diritto unicamente ad una mezza rendita d'invalidità (Valterio, op. cit. pag. 222s, Pratique VSI 1998 pag. 126-127). Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI); 2.6. Nel caso concreto, da un attento esame degli atti questo TCA non può confermare la decisione contestata. Più precisamente non è verosimile che l'assicurato presenti un'incapacità lavorativa da novembre 2005 al giugno 2006, quindi inferiore ad un anno, e questo per i seguenti motivi.

2.6.1. Va innanzitutto fatto riferimento alla perizia eseguita dal dr. _____ su incarico della Cassa malati _____. Nel referto 28 giugno 2006 lo specialista in malattie reumatiche ha posto quali diagnosi: “ esisti da resezione selettiva di una lesione del corno posteriore del menisco laterale del ginocchio sinistro in artroscopia (15.03.2006), con dolori residuali senza riscontro clinico specifico ”, e “ anamesticamente gonartrite urica recidivante a sinistra in presenza di un'iperuricemia cronica con stato dopo due lavaggi artroscopici (2004 e 2005)” (doc. AI 13-19). Dopo un'accurata visita, egli ha concluso: " Non trovo elementi oggettivi che potrebbero giustificare un'ulteriore inabilità lavorativa né per il lavoro svolto né per qualsiasi altra attività lucrativa consone alle capacità manuali ed intellettuali del paziente. Ritengo quindi esigibile la ripresa dell'attività di manovale/muratore in forma normale (al 100%) a partire da subito. Il paziente non condivide questo giudizio. Sono quindi prevedibili ulteriori difficoltà nel reinserirlo nel mondo del lavoro." (Doc. AI 13) Secondo questa Corte la conclusione ai fini probatori di detta perizia non può validamente essere messa in discussione. Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Tuttavia, successivamente, nel rapporto 10 ottobre 2006 (sei mesi dopo la perizia) il reumatologo curante (dr.

_____), confermando sostanzialmente la valutazione del dr. _____, ha riscontrato una recrudescenza dei dolori evidenziando anch'egli una discrepanza tra dati oggettivi e dolori soggettivamente lamentati dall'assicurato, spiegabili in uno sviluppo di una sindrome del dolore cronico di carattere fibromialgico. Per evitare un'ulteriore cronicizzazione e con l'intento di cercare un possibile reinserimento lavorativo, egli ha consigliato un soggiorno presso la clinica di _____ (doc. AI 13-12/13). Nel rapporto 27 dicembre 2006 di fine degenza della succitata clinica si legge che "il paziente riesce a deambulare senza mezzi ausiliari con un deambulazione libera anche sulle punte e sui talloni " e che " l'esame neurologico ed osteoarticolare non evidenzia particolarità" . I medici hanno valutato una persistente inabilità lavorativa al 100% fino al 20 dicembre 2006 e " in seguito la capacità lavorativa sarà valutata dal medico curante " (doc. AI 13-6). Con rapporto 9 gennaio 2007 il medico curante (dr. _____) ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 5 novembre 2005 in avanti, precisando che l'assicurato può svolgere 8 ore al giorno "attività leggere che non richiedano sforzi fisici particolari o l'utilizzo degli arti superiori ed inferiori in modo cronico ripetitivo " (doc. AI 13-1). Dal questionario 22 dicembre 2002 del datore di lavoro si evince che l'assicurato è ancora inabile al 100% (doc. AI 16-3). Con le osservazioni 30 maggio 2007 al progetto di decisione il ricorrente ha prodotto il certificato 24 maggio 2007 del medico curante: " Il signor RI 1 soffre d'ipertensione arteriosa in terapia. Presenta inoltre una gonartrite cronica recidivante sinistra, una gonartrosi degenerativa sinistra, un'importante meniscopatia mediale al ginocchio destro che gli provocano forti dolori alle due ginocchia molto maggiore a destra. All'esame clinico delle ginocchia, non gonfiore, motilità normale, lieve dolore alla palpazione della rima articolare mediale del ginocchio destro, mentre al ginocchio sinistro vi è una dolenzia periarticolare diffusa. Il paziente soffre inoltre di una paresi senso-motorica del nervo ulnare sinistro, per una sua lussazione al solco cubitale del gomito sinistro, motivo per il quale è stato recentemente operato del Dr. _____ (vedi allegato). Come disturbi presenta dei formicolii e una diminuita sensibilità tattile al IV e V dito della mano sinistra." (Doc. AI 28) Nello stesso giorno il dr. _____ ha inoltre certificato i seguenti periodi d'inabilità lavorativa: " 1) 100% dal 5.11.2005 al 07.02.2007 per gonartrite urica recidivante sinistra, lesione del menisco laterale ed artrosi al ginocchio sinistro 2) 100% dal 14.02.2007 a tutt'ora per paresi senso-motorica del nervo ulnare sinistro su lussazione al solco cubitale del gomito sinistro." (Doc. AI 28) Infine, nelle citate osservazioni l'insorgente ha fatto presente che in data 18 aprile 2007 aveva subito un'operazione al gomito sinistro (intervento di anteposizione volare del nervo ulnare a sinistra a cura del dr. _____; cfr. scritto 8 maggio 2007 del menzionato medico; doc. AI 28-5). Solo con la documentazione prodotta pendente causa si è venuto a sapere che, come risulta dallo scritto 24 novembre 2007 del dr. _____, i "disturbi legati alla patologia del nervo ulnare sono passati... " (doc. B5). Se quindi la problematica circa il nervo ulnare appare superata, dall'altra, secondo questa Corte, la valutazione peritale 28 giugno 2006 del dr. _____ è stata superata dagli atti medici che sono succeduti.

2.6.2. Pendente causa, l'assicurato ha prodotto documentazione medica successiva alla decisione contestata, emessa il 20 giugno 2006, che è stata sottoposta al vaglio del SMR. Occorre qui ricordare che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (DTF 130 V 138 consid. 2 con riferimenti). Ciononostante, nella nota 14 febbraio 2008 il dr.

_____ del SMR ha rettamente evidenziato che dai rapporti 24 novembre 2007 del dr. _____ (doc. VII/B5) e 25 gennaio 2008 del dr. _____ (doc. VII/B 17) si evince “la presenza di problemi nuovi, ossia presenza di una epicondilite al gomito sinistro e d’una tendinite del flessore dell’alluce lungo” e che “si tratta qui di affezioni con prognosi favorevole a breve/media scadenza senza necessità d’intervento chirurgico, intervento chirurgico in ogni caso poco indicato in presenza di importante substrato somatoforme” (doc. VIII/1). Per quanto riguarda invece il rapporto 13 settembre 2007 (doc. VII/B3) del dr. _____, il citato medico del SMR ha ritenuto che la situazione sia sovrapponibile a quella osservata dal dr. _____. Certo che il reumatologo curante, rispetto alla perizia 28 giugno 2006, ha confermato una problematica infiammatoria, seppur discontinua, al ginocchio sinistro, successivamente estesa ad entrambe le ginocchia ed alle caviglie (cfr. diagnosi: “artropatia gottosa con manifestazione intermittente poliarticolare, soprattutto alle ginocchia ed alle caviglie; attualmente recidiva infiammatoria al ginocchio sinistro”). Tuttavia, secondo questa Corte, la differenza rispetto alla valutazione peritale risiede nel fatto che il dr. _____ aveva ribadito come il quadro clinico sia “fortemente influenzato dall’importante sovraccarico, con quadro fibromialgico”, ciò che aveva già riscontrato nel suo precedente rapporto 10 ottobre 2006 (cfr. consid. 2.6.1), precedente alla decisione contestata. Nel giugno 2006 il perito aveva evidenziato una discrepanza tra la sintomatologia manifestata dall’insorgente e le costatazioni cliniche, senza tuttavia porre a titolo di diagnosi una sindrome fibromialgica, la quale - a quell’epoca - era verosimilmente “solo” incipiente. Per questi motivi, la situazione descritta dal reumatologo curante non è sovrapponibile alla perizia del dr. _____. 2.7. Avendo nel concreto i citati medici riscontrato un quadro fibromialgico, l’assicurato è stato sottoposto dal SMR ad una valutazione psichiatria. Al riguardo, va fatto presente che nella sentenza pubblicata in DTF 132 V 65, il TFA ha stabilito che per valutare le incidenze sulla capacità lavorativa di una fibromialgia è necessario, di regola, un apprezzamento del reumatologo e dello psichiatra (cfr. DTF 132 V 72) ed ha ritenuto di applicare per analogia alla fibromialgia i principi giurisprudenziali sviluppati in materia di disturbi da dolore somatoforme (cfr. DTF 132 V 70 consid. 4.2). Per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa da parte di un’assicurata che soffre di una sindrome del dolore somatoforme, la giurisprudenza esige l’esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad esempio l’esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l’accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi (cfr. DTF 132 V 71 consid. 4.2.2 con riferimenti). Ritornando al caso in esame, con rapporto 26 aprile 2007 la dr.ssa _____, medico specialista in psichiatria presso il SMR, non ha riscontrato alcuna comorbidità psichiatrica, evidenziando: " Sulla base dell'attuale valutazione psichiatrica non risultano evidenti patologie psichiatriche di rilievo, l'esame psichico, infatti, non evidenzia elementi clinici per un disturbo psichiatrico maggiore o di personalità significativo e viene esclusa la possibilità di disturbi simulati. Inoltre il dolore lamentato in maniera esagerata rispetto alla condizione medica sottostante non sembra dipendere nel suo esordio e nel suo mantenimento da un conflitto emozionale o da problemi psicosociali e pertanto non può essere considerato l'espressione di un disturbo somatoforme sottostante. In conclusione, a livello psichiatrico, non emergono limiti funzionali di rilievo che compromettono la

capacità lavorativa dell'A." (Doc. AI 9) Tale valutazione è rimasta incontestata dall'assicurato. Inoltre, dagli atti non vi sono indizi che permettono di scostarsi dalla valutazione psichiatrica del SMR. A conferma dell'assenza di un danno alla salute extra-somatico va segnalato nel già citato rapporto 27 dicembre 2006 della Clinica di _____ si legge che "è stata inoltre eseguita una valutazione ergonomica come pure una valutazione psichiatrica che esclude una componente psichiatrica" (sottolineatura del redattore; doc. AI 13-6).

2.8. In conclusione, visto quanto sopra, questo Tribunale non concorda con quanto sostenuto dall'Ufficio AI nella decisione contestata, ovvero che l'incapacità lavorativa dell'insorgente, per quel che concerne l'aspetto somatico, è limitata al periodo novembre 2005 - giugno 2006. Successivamente alla perizia 28 giugno 2006 del dr. _____ vi è stato un peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato. Spetta pertanto all'amministrazione, alla quale vanno ritornati gli atti, accertare mediante una nuova ed aggiornata perizia le ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'insorgente nella sua attività (pesante) di lavoratore edile ed in altre attività adeguate. Per contro, come visto, l'aspetto psichiatrico non necessita di ulteriori valutazioni. Terminati gli accertamenti, l'Ufficio AI dovrà nuovamente pronunciarsi sulla domanda di prestazioni dell'assicurato. Ne consegue che, annullata la decisione impugnata, il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi.

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. Per questi motivi dichiara e pronuncia

1.- Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi . § La decisione 20 giugno 2006 è annullata. §§ Gli atti sono rinviati all'Ufficio AI perché proceda agli accertamenti conformemente ai considerandi e renda una nuova decisione.

2. Le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà al ricorrente fr. 1'000.-- di ripetibili (IVA inclusa).

3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, 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. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni II

vicepresidente
Guffi

Il segretario Raffaele
Fabio Zocchetti