

## **TI\_GERICHTE 32.2007.39 vom 13. Dezember 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-12-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.39)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.39 du 13 décembre 2006

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.39 del 13 dicembre 2006

### **Regeste**

Danno alla salute (reumatologico e psichiatrico). Rinvio atti per accertamenti d'ordine psichiatrico. Conferma della valutazione reumatologica

### **Erwägungen**

#### **E. 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 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, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 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 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 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; DTF 114 V 313). 2.5. 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 ( STFA 26

agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA (Tribunale federale, dal 1° gennaio 2007) 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 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 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 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. 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). 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). 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).

2.6. Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia a cura del dr. \_\_\_\_\_. Nel referto 24 aprile 2006 il citato specialista in reumatologia, letta la documentazione presente nell'inserto e dopo aver proceduto alla consueta anamnesi, ha diagnosticato una sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, attualmente a destra, in discopatie lombari plurisegmentarie, esisti da morbo di Scheuermann, disturbi statici del rachide e decondizionamento muscolare. Sulla base dell'esame clinico, il perito ha ritenuto l'assicurato pienamente abile nelle attività rispettose dei limiti funzionali indicati nell'allegato. Specificatamente egli ha evidenziato: " Come macellaio giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 50%, dal 13.11.2002, trattandosi di un'attività svolta prevalentemente in posizione eretta, con necessità di anteflessione e torsione del tronco e che implica il sollevamento di carichi pesanti. Come magazziniere, attività svolta in posizione eretta, con necessità di sollevare carichi fino a 20 kg, abbassarsi e rialzarsi, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 50%, dal 13.11.2002. Come odontotecnico, lavoro svolto quasi esclusivamente in posizione seduta, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 30%, a partire dal 13.11.2002. Come impiegato d'ufficio, avente la possibilità di variare la posizione della colonna vertebrale, senza necessità di anteflessione e rotazione del tronco, senza

sollevamento di carichi pesanti, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo al 100%, dal 13.11.2002." (Doc. AI 99) Il ricorrente contesta la valutazione della capacità lavorativa operata dal perito, facendo riferimento al rapporto 12 gennaio 2006 del dr. \_\_\_\_\_, il quale, come detto (cfr. consid. 1.2), era stato interpellato dall'Ufficio AI per una presa di posizione in merito alla riformazione professionale intrapresa dal ricorrente. Valutando la riqualifica come improbabile e destinata al fallimento, il reumatologo curante aveva comunque specificato che "per quanto riguarda un'attività lavorativa medio-leggera, anche non di tipo qualificato, vi sarebbe una capacità lavorativa residuale nella forma del 50-80% a secondo del tipo di attività da svolgere. In particolar modo si dovrà porre attenzione al fatto che il paziente eviti di mantenere delle posizioni statistiche prolungate, con la parte superiore del corpo leggermente piegata in avanti, svolga dei lavori prettamente di tipo sedentario e debba alzare dei pesi tra i 5-15 kg ripetutamente" (doc. AI 83-6). Orbene, da un attento esame degli atti, questo TCA non intravede una discrepanza tra le valutazioni del perito, dr. \_\_\_\_\_, e lo specialista curante, dr. \_\_\_\_\_. Entrambi i medici concordano sulle limitazioni funzionali, ossia la necessità di evitare posture statiche sedute e di flessione in avanti della parte superiore per un periodo prolungato, come pure il sollevamento di carichi pesanti. Certo che di primo acchito appare alquanto singolare che, nell'attività d'impiegato d'ufficio, il perito valuti una piena abilità lavorativa, tenuto conto che si tratta generalmente di un'attività sedentaria. Tuttavia il dr. \_\_\_\_\_ ha puntualizzato che in quel genere di lavoro l'assicurato deve avere la possibilità di variare la posizione, altrimenti, come indicato dallo stesso per quel che concerne la professione prettamente sedentaria di odontecnico, sussiste una diminuzione di rendimento del 30%. Questa conclusione collima sostanzialmente con quanto sostenuto dal reumatologo curante, il quale, va ricordato, ha ritenuto una capacità lavorativa massima dell'80% in attività medio-leggere. Non va poi dimenticato che, a conclusione della valutazione della capacità funzionale (EFL), nel rapporto 17 maggio 2005 la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ aveva ritenuto esigibili durante tutto il giorno attività leggere, rilevando che "secondo i risultati scaturiti dal test, la capacità di carico si situa in generale nell'ambito di un'attività leggera, a condizione che si tratti di un'attività con posizioni alternate (seduto-in piedi). Da evitare sono lavori in piedi con tronco flesso in avanti" (doc. AI 55-2). Va inoltre rilevato che, con rapporto 9 giugno 2006, l'orientatore professionale ha individuato diverse attività rispettose dei noti limiti funzionali dell'assicurato, non particolarmente qualificate. In particolare egli ha evidenziato: " Sulla base di quanto sopra, rispondiamo alla questione posta dalla CIP indicando le seguenti attività esigibili che, sulla base delle informazioni in nostro possesso, riteniamo compatibili con lo stato di salute dell'assicurato, quindi con CL del 100% sull'arco dell'intera giornata e con resa del 100%: - impiegato d'ufficio salvo per le attività "specializzate" (p.es. esclusivamente lavoro di verifica di fatture con inserimento dei dati in sistema informatico), l'attività di impiegato d'ufficio non comporta posizioni costrittive particolari, non richiede di norma di dover sollevare carichi superiori ai 10 kg e soprattutto permette di variare spesso la posizione (p. es. seduta o in piedi per rispondere al telefono, seduta e in piedi con l'ausilio di tavolo sollevabile per l'elaborazione di documenti con il computer, possibilità di spostarsi per andare a fare fotocopie/ritirare la posta/piccole consegne,...). L'A può alternare le attività da svolgere in modo da adattare alle sue necessità. - attività come aiuto venditore non qualificato in un chiosco/piccolo negozio/edicola anche per questa professione l'attività può venir svolta sia da seduto sia in piedi, con possibilità di alternanza e senza posizioni costrittive. Il "carico" maggiore è

rappresentato dalla consegna alla mattina dei pacchi di giornali che però l'A può spostare facilmente aprendo il pacco e suddividendo quindi il peso come meglio gli aggrada o utilizzando degli agevolatori come p. es. un carrellino altre attività con la medesima resa e CL: - controllore della qualità in fabbrica o azienda - addetto alla sorveglianza (p. es. guardiano di musei, verifica accesso di cantieri e/o edifici per controllo di persone e cose,...) - operatore CNC - lavori semplici di archiviazione elettronica (bisogna esclusivamente mostrare/istruire all'A come utilizzare l'Hardware e il Software dedicati) - lavori di fabbrica leggeri (p.es. Alprose)." (Doc. AI 103) Infine, il rapporto 15 gennaio 2007 del dr. \_\_\_\_\_ allegato al ricorso non inficia la valutazione peritale. Segnatamente, il citato specialista in neurochirurgia ha ritenuto il progetto di riqualifica professionale dell'assicurato quale odontotecnico non corrispondente alle condizioni fisiche indicate nel suo precedente rapporto 12 agosto 2003 allestito per conto dell'Ufficio AI, richiedendo la citata attività una prolungata permanenza in posizione seduta. Determinante per la causa in esame è invece l'accertamento della residua capacità lavorativa in attività adeguate, rispettose delle limitazioni del ricorrente, questione che è stata ampiamente e pertinentemente affrontata in sede peritale. Il dr. \_\_\_\_\_, facendo riferimento al suo precedente rapporto del 2003, ha in seguito osservato che la problematica lombare degenerativa non è stata più seguita sul piano clinico (doc. D), circostanza non rilevante ai fini della presente vertenza. In conclusione, alla perizia del dr. \_\_\_\_\_ va prestata adesione, motivo per cui, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b) che, almeno sino al momento della decisione contestata, l'assicurato, a seguito del danno alla salute fisico, presenta una piena abilità al lavoro in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali esposti in perizia. 2.7. Altro oggetto del contendere è la questione legata alla componente psichica dell'assicurato. Durante la procedura amministrativa egli ha prodotto un rapporto datato 15 settembre 2006 della dr.ssa \_\_\_\_\_ redatto a seguito di una valutazione psicodiagnostica eseguita il 23 agosto 2006. Nel dettagliato referto la succitata specialista in psichiatria e psicoterapia, esposta l'anamnesi, ha proceduto all'esame dello stato psichiatrico diagnosticando una sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10- F.41.2). Escludendo, dal punto di vista psichiatrico, la possibilità di una riforma professionale, essa ha evidenziato: " Dal profilo psichiatrico, al momento attuale il paziente presenta sicuramente un'incapacità lavorativa del 50%: si esclude comunque l'esecuzione di una qualsiasi attività lavorativa in un tempo superiore, in quanto a causa della sintomatologia depressiva presentata e dai disturbi cognitivi il paziente non è in grado di dare coerenza e continuità ad un'attività lavorativa superiore al 50%. Dal profilo prettamente psichiatrico appare controindicato spingere il paziente verso un progetto di riforma professionale per il quale non ha al momento né le risorse né la possibilità psichiche per poterlo attuare. Spingerlo in tale direzione non fa infatti altro che peggiorare lo stato depressivo in particolare il sentimento di scarsa autostima, (per continui fallimenti dei progetti intrapresi) si peggiora inoltre l'aspetto ansioso nel senso di amplificare le preoccupazioni per il proprio futuro. Sarebbe da valutare invece la possibilità di mettere il paziente a beneficio di una mezza rendita d'invalidità per 1 anno, considerando l'incapacità

lavorativa al 50% di media durata e rivalutarlo dopo tale periodo per vedere se è possibile un recupero effettivo della sua capacità lavorativa a tempo pieno." (Doc. AI 115) Con nota 6 ottobre 2006 il SMR ha preso posizione in merito al succitato rapporto: " Prendiamo atto di quanto riferito dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ ed in merito all'incidenza di quanto esposto sulla capacità lavorativa a nostra volta consideriamo che: come la stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ certifica si tratta di una sindrome ansioso-depressiva i cui sintomi non sono così evidenti da giustificare una diagnosi di stato ansioso o depressivo se considerati separatamente. Siamo quindi di fronte ad una patologia di tipo reattivo, e non implicante una patologia psichiatrica maggiore, per la quale è esigibile uno sforzo di volontà di normale entità per superare le difficoltà incontrate. Ne consegue che la valutazione della IL giustificata dalla medesima dottoressa ha un carattere transitorio e non duraturo, sul cui giudizio pesa la finalizzazione, del tutto arbitraria, alla concessione di una rendita d'invalidità per un anno; questo non rientra né nei miei né nei suoi compiti, a noi spetta di valutare l'entità di un danno alla salute di tipo duraturo che attraverso gli opportuni calcoli potrebbe portare ad un grado di invalidità con quel che ne consegue. Non è evidentemente questo il caso, restano pertanto valide le considerazioni precedenti in merito al grado di capacità lavorativa, il problema psichiatrico è superabile con un esigibile atto di volontà nell'affrontare la situazione personale dell'assicurato." (Doc. AI 117) Premesso quanto sopra, non si vede il motivo per cui il medico SMR sostenga che si tratti di una patologia di carattere reattivo, transitorio e quindi non duraturo. Tant'è che dal certificato 30 gennaio 2007 della stessa psichiatra curante, prodotto con il ricorso, si evince che il ricorrente è ancora in terapia (doc. E). Inoltre, lo stesso SMR non spiega il motivo per ritenere esigibile da parte dell'assicurato un "atto di volontà nell'affrontare la situazione personale" tale da considerare il "problema psichico superabile", senza nemmeno averlo visitato. Certo che la proposta della psichiatra curante di porre il proprio paziente al beneficio di una mezza rendita d'invalidità per un anno e successivamente riesaminare la situazione non può essere condivisa. Infatti, come visto al consid. 2.4., il diritto a percepire una rendita d'invalidità si basa su una valutazione medica ed economica e non può assurgere a mezzo terapeutico. Infine, con riferimento alla nota 1° marzo 2007 del SMR, conformemente alla Decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, allestita dall'OMS, la classificazione di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10 – F 41.2) viene utilizzata se i sintomi dell'ansia e della depressione sono contemporaneamente presenti, ma né gli uni né gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente. Tuttavia, se da una parte il citato servizio medico sostiene che, quale conseguenza diretta di questa classificazione, " difficilmente una sindrome mista ansioso-depressiva giustifica una inabilità lavorativa qualsiasi" (doc. VIbis) senza spiegarne esaurientemente il motivo, dall'altra va ricordato quali sono i criteri giurisprudenziali affinché il danno alla salute psichico possa essere considerato invalidante. Occorre che lo stesso 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 p. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 p. 180; ZAK 1984 p. 342, 607 ; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, p. 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 30 giugno 2004 nella causa W., I 166/03, consid. 3C)." Ritornando al caso in esame, confrontato con un rapporto di una specialista in psichiatria e psicoterapia, l'Ufficio AI avrebbe dovuto procedere ad un esame approfondito della situazione extra-somatica del ricorrente. Le argomentazioni addotte dal SMR, per escludere la presenza di una patologia psichiatrica invalidante, non sono infatti convincenti. Per questi motivi, visto quanto precede, annullata la decisione contestata, gli atti sono da rinviare all'amministrazione affinché valuti, mediante l'espletamento di una perizia specialistica, l'aspetto psichiatrico del ricorrente in relazione alla sua capacità lavorativa. In esito a tale accertamento, l'amministrazione procederà ad una valutazione globale dell'incapacità lavorativa, tenendo conto della perizia reumatologica del dr. \_\_\_\_\_, e si pronuncerà nuovamente sul diritto a prestazioni dell'assicurato. Occorre infine qui rilevare 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 a 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 del 19 agosto 2005 nella causa D. (I 606/03) lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia. 2.8. 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 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.