

## **TI\_GERICHTE 32.2009.130 vom 18. November 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-11-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.130)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.130 du 18 novembre 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.130 del 18 novembre 2009

### **Regeste**

Senza ulteriori indagini non é possibile escludere che un peggioramento sia insorto prima della decisione impugnata. Rinvio atti all'Ufficio AI

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hierzu Protokoll der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten

(Urteil 9C\_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C\_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungs-berichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievore) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (STF del 14 luglio 2009 nella causa Z., 9C\_323/2009, consid. 4.2 e 4.3) Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 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 tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei 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 (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM avuto riguardo alla patologia psichiatrica. Per quanto riguarda l'aspetto somatico la fattispecie merita invece di essere ulteriormente indagata come verrà di seguito esposto. 2.8.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel consulto 14 agosto 2008 (doc. AI 21/18-23), posta la seguente diagnosi: " (...) Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado medio (ICD 10 F 33.1). Disturbo di personalità misto (ICD 10 F 61.0) schizoide, dipendente e emotivamente instabile. (...)" (doc. AI 21/21) ha

concluso: " (...) 1. Diagnosi. Vedi sopra. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato. L'assicurato presenta una incapacità lavorativa nella misura del 60 % per ragioni psichiatriche, sia nella sua professione sia in altre attività medico teoriche. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista specialistico. Prognosi. L'evoluzione del quadro clinico è apparso in modo conclamato a partire dal 2004. Da allora egli presenta una incapacità medico teorica nella misura del 60 %. La prognosi è stazionaria a lungo termine. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? La limitazione funzionale è data dalla sintomatologia depressiva (diminuzione delle funzioni cognitive, rallentamento del pensiero, apatia, abulia e astenia) che rende l'assicurato con una maggiore esauribilità, una maggiore affaticabilità, una minore precisione, resistenza e continuità nell'esecuzione delle mansioni. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa. Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Come detto sopra si tratta di un processo psicopatologico in cui si constata un ripiegamento dell'apparato psichico e quindi con ogni probabilità si tratta di un quadro resistente e irreversibile al trattamento psicofarmacologico. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale? No. In considerazione dell'età e delle caratteristiche del quadro. 7. Ritiene che l'assicurato sia in grado di svolgere altre attività? Se sì descrivere il limite funzionale e la capacità lavorativa in altre attività adatte. Potrebbe eseguire delle attività semplici e ripetitive, sempre con una incapacità lavorativa nella misura del 60 %. (...)" (doc. AI 21/22-23) Queste valutazioni non sono state contestate dall'assicurato che non ha d'altronde prodotto certificazione medica specialistica – anche se la perizia del SAM è stata trasmessa alla dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, presso l'Ospedale \_\_\_\_\_, (doc. AI 32/1) – dalla quale si dovrebbe concludere che le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, fatte proprie dai periti del SAM, siano errate.

2.8.2. Per quanto riguarda l'aspetto somatico il dr. \_\_\_\_\_, della Clinica \_\_\_\_\_, nel referto RM colonna lombare del 01.09.2009, ha concluso: "(...) • Ernia discale L5-S1 centrale con possibile radicolopatia S1 bilaterale • Artropatia faccettaria • Lipoma del filum terminale (...)" (XIX). Viste le conclusioni svenunciate, ritenuto il relativamente breve lasso di tempo intercorso tra la RM colonna lombare del 01.09.2009 e le decisioni impugnate del 21, 28 maggio 2009 e considerato che nella perizia pluridisciplinare 25 agosto 2008 i periti del SAM si sono fondati, tra l'altro, su degli esami radiologici del 9 luglio 2008 (doc. AI 21/11), questo Tribunale non può escludere con la sufficiente tranquillità che un peggioramento della situazione valetudinaria sia subentrato in un periodo antecedente al momento della resa del provvedimento. Di conseguenza le decisioni impugnate vanno annullate e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, sottoposte al SAM le risultanze della RM colonna lombare del 01.09.2009, stabilisca se le stesse hanno un'influenza sulla capacità lavorativa e, nell'affermativa, quando potrebbero essere insorte. Al fine di chiarire la situazione l'Ufficio AI dovrà interpellare anche il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, al quale è stato inviato il referto in parola. Una volta aggiornata la perizia del SAM e, se del caso, effettuata una nuova valutazione globale della capacità lavorativa, l'Ufficio AI provvederà ad emettere un nuovo provvedimento.

2.9. Per quel che riguarda la valutazione economica, ritenuto che la situazione medica deve essere ulteriormente indagata, al momento attuale non è possibile esprimersi compiutamente. Al riguardo il TCA si limita qui ad osservare che per il calcolo del grado d'invalidità la situazione non cambierebbe a favore dell'assicurato anche se, per pura ipotesi, quale reddito da valido si volesse considerare il salario valido per il 2007 per un cuoco con diploma.

Detto reddito è infatti inferiore al reddito da valido di fr. 52'702.-- considerato dall'amministrazione. 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, le decisioni impugnate vanno annullate e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché, dopo aver proceduto come indicato al consid. 2.8, renda un nuovo provvedimento. 2.11. 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.