

## **TI\_GERICHTE 32.2010.116 vom 13. April 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-04-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.116](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.116)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.116 du 13 avril 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.116 del 13 aprile 2010

### **Regeste**

Decisione con la quale UAI ha rifiutato il diritto a prestazioni va annullata e atti rinviati all'UAI per effettuare degli accertamenti economici volti a stabilire, tramite confronto dei redditi, se nonostante la ripresa lavorativa l'assicurato presenta o meno un'incapacità al guadagno del 40% almeno

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

aprile 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha osservato: " AUDIZIONE Si conferma la presa di posizione contenuta nel rapporto SMR del 15.02.2010 precisando che: - in attività abituale IL 100% dal 28.04.2009 e continua; - in attività adeguata IL 100% dal 28.04.2009, IL 50% dal 13.06.09 (intesa come metà tempo), IL 100% dal 12.01.2009, IL 50% dal 23.03.2009 (intesa come metà tempo), IL 25% (intesa come riduzione di tempo) dal 22.06 si prolunga fino al 01.08.2009, così come attestato dal curante dell'A. Dr. \_\_\_\_\_ che ha rivisitato in seguito l'A. ma non ha mai più certificato un'IL (anche il 9 novembre 2009); - limiti funzionali stabiliti dal Dr. \_\_\_\_\_ (chirurgo ortopedico di fiducia dell'A.) in data 19.06.2009 caricabilità limitata del ginocchio Ds: l'attività di arrampicarsi sui piloni, montare pali, sollevare e trasportare pesi superiori a 15 Kg ed arrampicarsi in montagna non risultano più esigibili. Il Dr. \_\_\_\_\_ precisa che questi limiti sono validi per almeno un anno. La possibilità di aumento del carico del ginocchio Ds dipenderà dal decorso futuro. D'altro canto anche il DL nella sua comunicazione precisa che tali attività non sono previste dall'attuale mansione ricoperta dall'A." (Doc. 30-1) 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante 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 dal paziente, 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 né l'origine del mezzo di prova,

né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza pubblicata in DTF 123 V 175, il Tribunale federale ha rilevato che, con l'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto, è stato ancorato il concetto di indipendenza e di imparzialità dei periti dei centri medici d'accertamento dell'AI, che già esisteva in precedenza. Questa giurisprudenza è poi stata confermata in una sentenza pubblicata in DTF 132 V 376, nella quale l'Alta Corte ha deciso che i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA devono essere osservati anche quando una perizia è affidata ad un centro d'accertamento medico (SAM). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario

procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, il Tribunale federale ha sottolineato che un rapporto del SMR ha lo stesso valore di una perizia amministrativa, anche se è stato redatto senza avere visitato personalmente l'assicurato. Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, questo Tribunale, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione del SMR, sulla quale si fonda la decisione di rifiuto delle prestazioni. Nel rapporto medico del 15 febbraio 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR – sulla base di quanto attestato dall'ortopedico curante dell'assicurato, dr. \_\_\_\_\_ - ha infatti ritenuto l'assicurato, a causa delle sue patologie, totalmente inabile al lavoro, a partire dal 28 aprile 2008, nella sua precedente attività di operatore di misure ad alta frequenza, ma abile al lavoro al 100%, a partire dal 1° agosto 2009, in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 26-2). La dr.ssa \_\_\_\_\_, nelle sue annotazioni del 7 aprile 2010, ha poi ribadito che l'assicurato è inabile al lavoro al 100%, dal 28 aprile 2008, nella sua precedente attività di operatore di

misure ad alta frequenza, ma è da considerare pienamente abile al lavoro, a partire dal 1° agosto 2009, in attività adeguate, rispettose dei limiti funzionali indicati dall'ortopedico curante, dr. \_\_\_\_\_ (doc. 30-1). Il TCA non può che concordare con queste conclusioni del medico del SMR. Va infatti rilevato che, dopo avere elencato nel certificato medico del 19 giugno 2009, i limiti funzionali dell'assicurato (doc. 22-14), il dr. \_\_\_\_\_ nello scritto del 16 novembre 2009 concernente la visita di controllo del 9 novembre 2009, ha indicato che l'assicurato è inabile al lavoro nella misura dello 0%, in attività rispettose dei suoi limiti funzionali (cfr. 22-10). Lo specialista curante ha sottolineato che, sebbene l'assicurato abbia ripreso a lavorare al 100%, egli non possa più svolgere determinate mansioni, a causa dei suoi limiti funzionali (doc. 22-9). Come correttamente indicato nelle annotazioni del 7 aprile 2010 dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR (cfr. doc. 30-1), inoltre, il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere stabilito, nel certificato d'infortunio LAINF, una percentuale di incapacità lavorativa dello 0% a partire dal 1° agosto 2009 (doc. 51-1 inc. LAINF), ha ribadito la propria valutazione anche dopo le visite del 16 settembre 2009 e del 26 ottobre 2009 (cfr. doc. 22-15). Il TCA concorda con queste valutazioni, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire maggiormente sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4).

2.7. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa, del 100%, in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Al riguardo, il TCA rileva che l'UAI ha semplicemente considerato che l'assicurato, avendo ripreso la propria attività presso il precedente datore di lavoro nella misura del 100% a partire dal 1° agosto 2009, non ha diritto ad una rendita. Il TCA non può concordare con la soluzione adottata dall'amministrazione. L'UAI avrebbe infatti dovuto verificare tramite confronto dei redditi se, nonostante la ripresa dell'attività lavorativa, l'assicurato presentava o meno un'incapacità al guadagno del 40% almeno, secondo i disposti dell'art. 28 LAI (cfr. STF 9C\_1013/2009 del 12 luglio 2010). Ciò che nella fattispecie non è avvenuto. In concreto, è vero che il ricorrente è stato ritenuto dal dr. \_\_\_\_\_ abile al lavoro al 100% a partire dal 1° agosto 2009, ma unicamente in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (cfr. doc. 22-9). È altrettanto vero che l'assicurato, a partire dall'11 agosto 2009, ha ripreso a lavorare nella misura del 100% presso l'Ufficio \_\_\_\_\_, come confermato dallo stesso datore di lavoro (doc. 28-1). Il TCA deve, tuttavia, sottolineare che il precedente posto di lavoro dell'assicurato, attivo in

qualità di operatore di misure ad alta frequenza, non rientra nel novero delle attività adeguate, rispettose dei limiti funzionali dell'assicurato. A tale riguardo, lo stesso dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato quanto segue: "(...) Verlauf : Herr RI 1 stellt sich mir Befundkontrolle und Besprechung des weiteren Vorgehens vor. Seit der Knorpeltransplantation sind nun 10 Monate vergangen. Der Patient arbeitet offiziell zu 100%. Dies ist aber nur durch Anpassungen am Arbeitsplatz umsetzbar. Auch die zu seinem Arbeitsfeld gehörenden Klettereinsätze werden nicht mehr durchgeführt. Auch das Heben und Tragen von Lasten ist ohne Einschränkungen im rechten Kniegelenk nicht mehr möglich. So kommt es doch immer wieder zu Schwellungen und belastungsabhängigen Beschwerden gegen Ende eines vollen Arbeitstages. Auch sportliche wie vorrangig möglich können nicht bis zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr umgesetzt werden. (...)" (Doc. 22-9)

Lo stesso datore di lavoro dell'assicurato, poi, rispondo all'UAI, ha indicato che l'assicurato non può più arrampicarsi sui piloni; montare pali; trasportare pesi superiori a 15-20 kg e che "la percentuale di attività è del 40%-50% della descrizione del posto di lavoro" (doc. 28-1). Alla luce delle limitazioni funzionali dell'assicurato, incompatibili con la ripresa della sua precedente attività, il TCA deve concludere che l'assicurato ha ricominciato a lavorare presso il precedente datore di lavoro, ma occupandosi di altre mansioni. L'amministrazione, in sede di risposta di causa, ha osservato che l'interessato "ha potuto riprendere la sua attività presso l' \_\_\_\_\_ al 100% e non subisce alcun discapito economico" (doc. IV); nelle osservazioni del 13 luglio 2010, l'UAI ha poi ribadito che l'assicurato non subisce alcun discapito economico (doc. VIII). L'amministrazione è giunta a tali conclusioni senza tuttavia appurare se il salario percepito dall'interessato per lo svolgimento della sua attuale attività costituisca o meno un salario sociale (cfr. consid. 2.3.). Del resto, la stessa amministrazione ha qualificato di "parziali" le risposte del datore di lavoro (cfr. doc. 29-1) . Anziché decidere avrebbe dovuto approfondire la questione (cfr. art. 43 LPG) ed ottenere una risposta totale e completa dal datore di lavoro. Alla luce di queste considerazioni, si giustifica, pertanto, a mente del TCA, l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'Ufficio AI, affinché stabilisca il grado di invalidità dopo avere correttamente determinato il reddito da invalido. 2.8. 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. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va dunque annullata e l'incarto retrocesso all'amministrazione, affinché proceda agli accertamenti economici indicati. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato.

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, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato dall'avv. \_\_\_\_\_, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

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