

TI_GERICHTE 32.2010.217 vom 9. Juli 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-07-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.217

FR: TI_GERICHTE 32.2010.217 du 9 juillet 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.217 del 9 luglio 2010

Regeste

Revisione. Atti rinviati all'UAI affinché venga approfondita la patologia reumatologica

Erwägungen

E. 1

I servizi medici regionali esaminano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica specifica e delle istruzioni specializzate di portata generale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei.

E. 2

Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. Una copia dei risultati degli esami deve essere fornita agli assicurati. È fatto salvo l'articolo 47 capoverso 2 LPGA.

E. 3

Per ogni caso esaminato, i servizi medici regionali forniscono agli atti AI un rapporto scritto con i necessari dati. Esso contiene i risultati dell'esame medico e una raccomandazione sul seguito da dare, dal profilo medico, alla domanda di prestazioni.

E. 4

I servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione." 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). Va ancora 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, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). 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 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).

2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica reumatologica non è stata chiarita in modo soddisfacente.

2.6.1. Il Dr. _____ del SMR nel rapporto del 3 febbraio 2010 ha diagnosticato un' " Amiotrofia neurogena spalla sinistra > della destra con impedimento funzionale e sindrome algica. Sindrome cervicovertebrale cronica. Sindrome lombovertebrale spondilogenica cronica su alterazioni degenerative multi segmentali " (doc. AI 42-6). Il medico del SMR ha ritenuto clinicamente giustificato il peggioramento clinico, riferito alla patologia del cingolo scapolare, evidenziato dal Dr. _____ nel rapporto del 26 marzo 2009. Peggioramento che il Dr. _____ fissa a partire dal 20 marzo 2009 (data della valutazione neurologica del Dr. _____) (doc. AI 45-1). Tuttavia egli, pur confermando l'inabilità lavorativa totale nella precedente attività di boscaiolo, ha mantenuto la capacità lavorativa al 50%, in attività lavorativa ergonomicamente adatta e rispettosa di tutti i limiti funzionali (doc. AI 42-6). Il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, nel rapporto del 26 marzo 2009 ha riferito di un chiaro peggioramento dello status clinico di RI 1. In particolare, lo specialista ha indicato la

persistenza in maniera invariata di un'importante paresi e l'ipotrofia della muscolatura del cinto omero-scapolare di sinistra alla quale si è aggiunta una paresi e ipotrofia analoga anche della muscolatura del cinto omero-scapolare destro" (doc. AI 30-3, la sottolineatura è del redattore). Per quanto riguarda la capacità lavorativa il Dr. _____ ha confermato la piena inabilità nella precedente attività di boscaiolo (doc. AI 30-3). Nel successivo scritto del 23 luglio 2010, prodotto in sede ricorsuale, il Dr. _____ ha preso posizione sulla valutazione del SMR e confermato la piena incapacità dell'assicurato nell'attività di boscaiolo. Lo specialista ha asserito di non aver più visto il paziente dal mese di marzo 2009 aggiungendo che "tenendo conto dello stato clinico di un anno fa non trovo neanche un lavoro adatto per il paziente e da parte mia valuto l'incapacità lavorativa completa per qualsiasi attività professionale tenendo conto delle gravi e importanti difficoltà agli arti superiori" (doc. E, la sottolineatura è del redattore). Il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna, nello scritto del 16 luglio 2010 anch'egli ritiene come "dal punto di vista clinico difficilmente si riesca a proporre un'occupazione idonea con tutte le limitazioni imposte dalla situazione..." (doc. D). Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il

E. 9

luglio 2010 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, sia il referto del Dr. _____ del 23 luglio 2010 che quello del Dr. _____ del 16 luglio 2010 sono di pochi giorni successivi alla decisione impugnata, ma comunque fanno riferimento ad un quadro valetudinario chiaramente antecedente al provvedimento impugnato e vanno quindi presi in considerazione nella fattispecie. Nella perizia del 9 novembre 2005 del Dr. _____ svolta nell'ambito della prima richiesta di prestazioni, conclusasi con l'erogazione di una mezza rendita d'inabilità (cfr. doc. AI 23-1), l'assicurato veniva già considerato inabile in misura totale nell'attività di boscaiolo. Mentre per attività manuali il perito aveva indicato che "essendo compromesso in maniera significativa il braccio dominante (sinistro) dubito che possa essere proposta un'attività confacente nella quale vi sia una capacità lavorativa concorrenziale (almeno del 50%)" (doc. LaMal 1-12). Alla luce della nuova valutazione del Dr. _____ del 26 marzo 2009, dove il medico rileva l'insorgenza di una "paresi e ipotrofia analoga anche della muscolatura del cinto omero-scapolare destro" (doc. AI 30-3), e del rapporto del medico del SMR, Dr. _____, nel quale viene "clinicamente giustificato un peggioramento clinico in riferimento alla patologia del cingolo scapolare" (doc. AI 42-6), questa Corte ritiene che, sulla sola base degli atti di causa e senza ulteriori accertamenti medici di natura reumatologica, l'Ufficio AI non poteva concludere, con sufficiente tranquillità che l'assicurato mantiene ancora un'abilità lavorativa del 50% in attività adeguate come precedentemente al peggioramento indicato. La decisione impugnata va dunque annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché venga approfondita la patologia reumatologica, in particolare vengano chiarite le conseguenze sulla capacità lavorativa della paresi e dell'ipotrofia della muscolatura del cinto omero-scapolare destro diagnosticate a partire dal mese di marzo 2009. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'UAI effettuerà una nuova valutazione globale, debitamente motivata, e si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.6.2. Per quanto riguarda la presunta patologia psichiatrica, di cui il medico curante Dr. _____, spec. FMH in

medicina interna, ha fatto cenno nel rapporto del 16 marzo 2009 (doc. AI 29-2) e nella lettera del 16 luglio 2010 (doc. D) indicando uno “ stato depressivo reattivo ”, il medico del SMR, Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 3 febbraio 2010 ha concluso che il colloquio con l’assicurato “ non ha evidenziato segni o sintomi di una psicopatologia maggiore, nell’ambito dei disturbi dell’umore, rispettivamente dei disturbi d’ansia o altri disturbi psichici, con o senza influenza sulla capacità lavorativa in qualsiasi attività ” (doc. AI 42-3). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessato. Il referto del Dr. _____, steso peraltro da un medico non specialista in psichiatria, si limita ad indicare uno stato depressivo reattivo, senza porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta, senza una valutazione delle patologie dell’interessato e del loro influsso sulla capacità lavorativa, senza esporre il decorso della patologia, indicare una prognosi e fornire una descrizione dei trattamenti intrapresi. Esso non adempie quindi i requisiti richiesti dalla giurisprudenza per ritenere che un rapporto medico abbia valore probatorio (cfr. consid. 2.5.) e non è atto a mettere in dubbio le conclusioni alle quali è giunto il medico SMR Dr. _____, circa l’assenza di patologie psichiatriche invalidanti (doc. AI 42-3); (al riguardo, cfr. STF 9C 376/2007 del 13 giugno 2008, nella quale l’Alta Corte ha considerato ininfluenza un certificato medico stilato dallo psichiatra curante, il quale riferisce unicamente dell’inizio di un trattamento specialistico per un episodio depressivo di media gravità, senza tuttavia esprimersi minimamente su un’eventuale incidenza (presente e/o passata) invalidante dei disturbi psichici). Il TCA sottolinea a tal proposito che in una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del

E. 13

luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.7. 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 faccia allestire una nuova perizia reumatologica, al fine di chiarire le ripercussioni della paresi e dell'ipotrofia della muscolatura del cinto omero-scapolare destro sulla capacità lavorativa del ricorrente. 2.8. Vincente in causa, il ricorrente, rappresentato dall'RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF del 5 settembre 2007 nella causa V., K 63/06 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2). 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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