

TI_GERICHTE 32.2010.251 vom 9. August 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-08-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.251

FR: TI_GERICHTE 32.2010.251 du 9 août 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.251 del 9 agosto 2010

Regeste

Domanda di aumento di rendita. Confermata perizia SAM. Ritenuto il peggioramento della situazione valetudinaria non é possibile procedere a una revisione in base alla nuova giurisprudenza circa l'applicabilità della tabella TA1. Confermato il diritto a un quarto di rendita

Erwägungen

E. 2

. Sindrome fibromialgica generalizzata. Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale con componente radicolare S1 a ds. in: - esiti da emilaminectomia destra L5-S1 con discectomia per ernia discale L5-S1 (il 23.3.1993); - alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare; - disturbi statici del rachide (rachide piatto con ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, minima scoliosi sinistro-convessa lombare); - decondizionamento muscolare; - attualmente senza deficit neurologici di tipo radicolare. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Cardiopatia ischemica: - stenosi probabilmente > 50% del RIVA prossimale e RCX media, RCA con artefatti, angio-TAC 17.01.2007; - stato dopo PTCA/stent nel RIVA medio e nella RCA, 24.02.2006. - Angio-TAC 26.03.2007: stent sul RIVA e sulla RCA pervi, lesione al limite del significativo nella RCX. - Ventricolo sin. di dimensioni e FE normali. - FRCV: ipertensione arteriosa, stato dopo tabagismo smesso a 23 anni (ca. 6P/Y). - Dispnea da sforzo di origine non chiara (escluse patologie cardiache e polmonari) su possibile disturbo funzionale. (...)" (doc. AI 133/27-28) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) la capacità lavorativa dell'A. nel suo ultimo impiego di aiuto cuoco viene valutata del 40% (inteso come rendimento ridotto sull'arco di una giornata lavorativa normale). Abile nella misura dello 0% come muratore. (...)" (doc. AI 133/33), i periti hanno concluso: " (...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le patologie constatate si situano nella sfera reumatologica e psichiatrica. Sul piano reumatologico l'A. soffre di una sindrome lombospondilogenica cronica peggiorata rispetto alla situazione clinica del 2002 e con incremento delle alterazioni degenerative al decorrere dal dicembre 2006 a livello del rachide lombare. A causa dei disturbi lombari il nostro consulente Dr. _____ giudica l'A. in qualità di aiuto cuoco a partire dal dicembre 2006 abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 60%. La valutazione neurologica non ha permesso di evidenziare patologie che riducono la capacità lavorativa per questa specialità. Nella sfera psicologica i disturbi constatati dalla nostra consulente Dr.ssa _____ riducono la capacità lavorativa del 25%. I disturbi psicologici iniziano nel 2005 dove compaiono sintomi misti ansioso depressivi e inizia un quadro di somatizzazioni varie. È a partire da

questo periodo che va considerata, secondo la consulente, un'incapacità lavorativa del 25% per ragioni psichiatriche. La patologia psichiatrica influisce sulla capacità di lavoro in quanto l'A. è estremamente sofferente sul piano psicosomatico, è preoccupato per la sua sopravvivenza e quella della famiglia. La completa assenza di attività lo confronta con un vissuto di inutilità e dipendenza da altri. La valutazione cardiologica non ha permesso di evidenziare patologie che riducano la capacità lavorativa dell'A. per qualsiasi tipo di attività. Complessivamente circa l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa, giudichiamo che a partire da dicembre 2006 la capacità lavorativa dell'A. come aiuto cuoco sia del 40% (abilità al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale con una diminuzione del rendimento del 60%). La capacità lavorativa è diminuita prevalentemente per motivi reumatologici (problema del rachide livello lombare). In questa percentuale di incapacità lavorativa si integra un 25% di incapacità lavorativa per problematiche psichiatriche già influenti a partire dal 2005 ca.. La prognosi per quanto riguarda la problematica reumatologica e psichiatrica risulta stabile. Le incapacità lavorative per motivi psichiatrici e reumatologici non vanno a nostro avviso sommate, ma integrate, in quanto entrambe considerano la componente di dolore cronico relativa alla sofferenza fisica e psicologica, che rendono l'A. più lento, impreciso, stancabile con necessità di maggiore pausa durante l'attività lavorativa. 9

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Nella sfera reumatologica il nostro consulente Dr. _____ concorda con l'opinione del perito reumatologo Dr. _____ di _____ che già il 19.09.2002 riteneva che la professione conseguita alla riqualifica professionale di aiuto cuoco non poteva essere considerata adatta allo stato di salute dell'A. che già soffriva di problemi al livello del rachide lombare. Il consulente non ha proposto terapie da formulare in grado di migliorare la capacità funzionale e di carico residua nell'A. e quindi la sua capacità lavorativa. Per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, l'A. può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, molto spesso tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltre 25 kg fino all'altezza dei fianchi; l'A. può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'A. può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, talvolta maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'A. può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'A. può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'A. può spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure spesso camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, di rado salire su scale a pioli. In un lavoro adatto allo stato di salute, il Dr. _____ giudica l'A. abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a decorrere dall'ultima valutazione reumatologica specialistica del 19.9.2002 da parte del Dr. _____. Sul piano psicologico la nostra consulente psichiatrica Dr.ssa _____ ritiene utile inserire una terapia farmacologica idonea, assicurandosi una compliance del paziente. In tal senso la consulente ritiene fondamentale una presa a carico psicologica che motivi e sostenga la compliance alla cura. L'A. ha ammesso di non assumere correttamente gli psicofarmaci prescritti dal suo psichiatra curante e ciò è stato confermato dal tasso sanguigno del Depakine del Xanax, risultati entrambi sotto i limiti di

quantificazione. La consulente ritiene che riguardo l'indicazione di effettuare provvedimenti di integrazione professionale, questi sono già stati fatti con successo rispetto all'impegno dell'A. che, a fine corsa, si è comunque trovato impossibilitato a trovare un'attività. La Dr.ssa _____ ritiene l'A. capace in altre attività esigibili sempre con una percentuale d'incapacità lavorativa del 25%. Complessivamente giudichiamo che in un'attività adeguata che rispetti i limiti funzionali dettati dai vari specialisti, la capacità lavorativa residua dell'A. possa raggiungere il 75% (incapacità lavorativa del 25% per problematiche psichiatriche) a partire dal gennaio 2005 (inizio della presa a carico psichiatrica a causa di un peggioramento dell'umore). 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Per quanto riguarda la dispnea da sforzo lamentata dall'A. dal 2007 ca., approfonditi accertamenti cardiologici e pneumologici eseguiti nel corso del 2007 e 2008 non hanno portato a identificare la causa della dispnea in queste specialità. È probabile che si tratti di un disturbo in parte funzionale, legato alla patologia psichiatrica ed in parte da un decondizionamento fisico. Il nostro parere è condiviso dal Dr. _____ (atti 14.08.2007 e 23.07.2008) e dal Dr. _____ (consulto cardiologico). Lasciamo al servizio medico regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)." (doc. AI 133/34-36)

L'Ufficio AI, considerati il rapporto medico 19 gennaio 2010 del dr. _____ (doc. AI 134/1-3), medico SMR, e la valutazione 11 marzo 2010 dei consulenti in integrazione (doc. AI 137/1-5), con progetto di decisione 27 aprile 2010 ha preannunciato il rifiuto del diritto ad un aumento della rendita (doc. AI 138/1-3). Viste le osservazioni 22 luglio 2009, presentate dall'assicurato tramite l' _____ (doc. AI 144/1-2), e l'allegato certificato medico 11 maggio 2010 del dr. _____ (doc. AI 144/3-4) l'amministrazione, con scritto 8 giugno 2010, ha interpellato il SAM (doc. AI 147/1). Nel complemento peritale 17 luglio 2010 (doc. AI 149/1-2) la dr.ssa _____ ha osservato: "(...) come da voi richiesto entro nel merito della posizione espressa nel 2009 dopo il colloquio clinico con il soggetto registrato a tergo. Il collega Dr med. _____ mi pare che sostanzialmente non condivida la percentuale riconosciuta e nulla di altro. Rilevo che la mia relazione peritale di fatto entra nel merito di un numero di diagnosi maggiore che non quelle rilevate dal collega. Tutte a mio avviso giustificate e rintracciabili anche in altre relazioni (lo stesso _____ e la Clinica _____ nel 2005 diagnosticava un quadro misto e la Clinica _____ nel 2008 rileva la presenza di un quadro somatoforme, misto e di personalità misto. Ora mi pare che la mia impressione sia di fatto di una qualità più decisa dei quadri ansioso e umorale che preferisco inserire come diagnosi a parte visto che a mio avviso il quadro misto non rende la qualità espressa dal soggetto. In merito al disturbo di personalità, ritengo che l'unico motivo per il quale esso sia chiamato in causa è proprio per l'espressività sintomatica del soggetto ma mancano elementi storici di sostegno. A mio personale avviso infatti, egli mostra tratti di personalità e non un'espressività piena di un disturbo di personalità, motivo per cui non ho inserito la diagnosi tra quelle da me rilevate. Un quadro di personalità è peraltro per definizione "strutturale" e quindi, fatto salvo per eventuali peggioramenti acuti spesso contingenti, esso è cronico e nel caso in oggetto, prima dell'esordio, in realtà il soggetto ha funzionato normalmente. Direi che l'esordio sintomatico attuale sia compatibile non già con un disturbo di personalità di base ma, piuttosto, con un contingente che ha superato i limiti di capacità di gestione normali per quel soggetto. Devo anche dire che, seppure rilevassi un disturbo di personalità, esso a mio avviso non produrrebbe una

modifica di fatto rilevante della percentuale riconosciutagli (per i motivi sopra registrati). Direi piuttosto che la differenza di base tra la mia posizione e quella del collega che stimo, nasce da un diverso ruolo: a lui il compito delicato di accompagnare il soggetto nel percorso di cura e nelle vicende di vita anche complesse e dolorose, a me di stabilire le diagnosi in atto e di valutare la loro ripercussione sul funzionamento complessivo lavorativo del soggetto in termini squisitamente tecnici oggettivi. La mia valutazione del quadro psichiatrico non credo si presti a discussione poiché mi pare congrua e motivata: comprendo che si possa non condividere la conclusione. Ritengo anche però, che nel caso in oggetto sia da valutare l'effetto complessivo delle diagnosi in corso e l'eventuale effetto sommatorio del difetto funzionale previsto dalla diverse diagnosi sul funzionamento complessivo del soggetto. (...)" (doc. AI 149/1-2) L'Ufficio AI – viste le risultanze del complemento peritale e ritenute le annotazioni 27 luglio 2010 del dr. _____ (doc. AI 151/1) – con decisione 9 agosto 2010 ha quindi confermato il rifiuto del diritto ad un aumento della rendita (doc. AI 152/1-3).

2.7. 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, 122 V 160 consid. 1c), 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, 122 V 161; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). 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). Il TFA, in una decisione 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: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, 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 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. (...) " (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) " (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) 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, op. cit., ad art. 28a, pag. 353). 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. 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, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce un'incapacità lavorativa del 60% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa) quale cuoco dal dicembre 2006 e un'abilità lavorativa del 75% in un'attività adeguata dal gennaio 2005. La dettagliata ed approfondita valutazione del SAM non è stata del resto validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, nel rapporto 21 settembre 2010 (doc. E), il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è limitato a confermare le diagnosi già poste nel certificato medico 11 maggio 2010 (doc. AI 144/3-4) e non si è espresso compiutamente sul complemento peritale 17 luglio 2010 (doc. AI 149/1-2 riprodotto in esteso al consid. 2.6) nel quale la dr.ssa _____ ha addotto i motivi delle sue diagnosi e in particolare le ragioni per le quali non ha posto quella di disturbo della personalità. Il dr. _____ ha infatti concluso che "(...) per quel che riguardano le osservazioni della collega Dr.ssa _____, in effetti, essa conferma in gran parte la sofferenza psichica del paziente, nella sua valutazione del luglio 2009 [ndr.: si riferisce al consulto della dr.ssa _____ nell'ambito della perizia del SAM sub doc. AI 133/53-57] , ma non condivido la percentuale del 75% d'abilità lavorativa che essa ha deciso, vista la sofferenza ed i vari disturbi che egli presenta non mi rimane che confermare nuovamente il contenuto della mia lettera 11.05.2010 [ndr.:

si tratta del certificato medico sub doc. AI 144/3-4 nel quale il dr. _____ aveva attestato un'inabilità lavorativa completa dal punto di vista puramente psichiatrico] (...)” (doc. E). Al riguardo la dr.ssa _____ medico SMR, nelle annotazioni 12 ottobre 2010, ha osservato: " (...) Il rapporto del Dr. _____ del 21.09.2010 riprende le diagnosi psichiatriche già poste nella sua lettera del 11.5.2010, ribadendone le posizioni. La Dr.ssa _____ nella sua presa di posizione del 17.07.2010 aveva esposto le motivazioni che la portavano a discostarsi a livello diagnostico, in particolare circa la diagnosi di un disturbo di personalità misto. L'attuale documentazione quindi non apporta nuovi elementi medici rispetto a quelli su cui il perito psichiatra SAM si era già espresso. (...)” (VII/2) Quanto all'aspetto somatico, a differenza di quanto sostenuto dal ricorrente, il dr. _____, FMH in reumatologia, nel consulto 14 luglio 2009 (doc. AI 133/37-44), ha considerato il peggioramento della situazione valetudinaria visto che – a differenza del dr. _____ che nella perizia reumatologica 19 settembre 2002 (doc. AI 62/1-5) non si era espresso sulla capacità lavorativa in un'attività adeguata e aveva stabilito una capacità lavorativa del 60% quale cuoco – ha concluso: “(...) concordo assolutamente con l'opinione del perito reumatologo Dr. _____ di _____ del 19.9.2002, che la professione conseguita alla riqualifica professionale di cuoco, non può essere considerata adatta allo stato di salute dell'assicurato; a seguito della persistenza dei sintomi lombosciatalgici, dell'incremento delle alterazioni degenerative a decorrere dal dicembre 2006 a livello del rachide lombare, dei limiti funzionali e di carico appena menzionati, giudico l'assicurato, in qualità di cuoco, a partire dal dicembre 2006, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 60%. (...)” (doc. AI 133/44). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo all'esame TAC-colonna-lombare del 22 giugno 2010 (doc. B) e al rapporto 21 luglio 2010 del dr. _____ (doc. C). Il dr. _____, dell'Istituto radiologico _____, nel referto 22 giugno 2010 concernente la TAC della colonna vertebrale, non si è espresso sulla capacità lavorativa e ha concluso che “(...) ● L'esame TAC viene paragonato con la MRI di 2008: evidentemente l'ostecondrosi a livello L4-L5 è più apparente sulla TAC comunque l'aspetto di tunneling nel soma L4 era già presente (i 5 se 4 della MRI). ● Globalmente non vi sono chiare progressioni dei fenomeni degenerativi o delle sporgenze discali. L'ampiezza del canale spinale a livello L4-L5 risulta identica. ● Le diverse alterazioni spesso da formazioni osteofitose e moderate sporgenze discali sottopenduncolari sono invariate. (...)” (doc. B). Il dr. _____, FMH in reumatologia e riabilitazione, nel rapporto 21 luglio 2010 indirizzato al dr. _____, poste le diagnosi note, non si è espresso sulla capacità lavorativa limitandosi a concludere che “(...) dal punto di vista terapeutico ho consigliato al paziente di continuare con le terapie medicamentose come da te instaurate. Egli assume attualmente degli anti-infiammatori al bisogno ed è stato introdotto anche dell'Oxycontin 10 mg per i dolori. Ho consigliato di provare per quanto riguarda la sintomatologia dolorosa anche con dell'Agopuntura visto e considerato che la fisioterapia non da dei risultati significativi. Per quanto riguarda l'incapacità lavorativa il paziente è al beneficio di una rendita d'invalidità al 40%, ma vorrebbe un aumento della rendita tenendo in considerazione il peggioramento dei suoi disturbi. Penso che una rivalutazione da parte dell'assicurazione invalidità in relazione alle nuove indagini radiologiche da noi fatte eseguire, sia giustificata. (...)” (doc. C). Al riguardo il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 12 ottobre 2010, ha osservato: " (...) Referto TAC colonna lombare del 22.6.2010 - “globalmente non vi sono chiare progressioni dei fenomeni degenerativi” Rapporto dr. _____ del 21.7.2010 : diagnosi: sindrome lombo vertebrale con

componente spondilogeno bilaterale destra > sinistra stato dopo Scheuermann toracolombare sviluppo di un reumatismo delle parti molli dal punto di vista neurologico non vi sono sostanziali modifiche vi sono indicazioni per un reumatismo delle parti molli egli ritiene indicata una rivalutazione da parte dell'AI in relazione alle nuove indagini radiologiche (...) Valutazione: l'attuale documentazione fornita non permette di rendere verosimile una sostanziale modifica dello stato dell'assicurato. In particolare la recente TAC esclude espressamente una sostanziale progressione dei fenomeni degenerativi. L'esame clinico e la diagnostica forniti dal dr. _____ non mostrano una modifica rispetto alla valutazione SAM. (...) (VII/1) Anche se invitato espressamente a farlo (VIII) l'assicurato non ha presentato alcuna osservazione alle annotazioni 12 ottobre 2010 dei medici SMR. 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). Va qui inoltre evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Le valutazioni del dr. _____ – che lo si ribadisce non ha contestato validamente le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM e in particolare la consulente dr.ssa _____ nel consulto 16 luglio 2009 e nel complemento 17 luglio 2010 (doc. AI 133/53-57 e 149/1-2) –, seppur divergenti unicamente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apportano elementi oggettivi che siano stati ignorati dai periti e dai medici SMR e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla capacità di lavoro. Lo stesso vale per le valutazioni del dr. _____ che, senza esprimersi sulla capacità lavorativa, nemmeno ha apportato elementi oggettivi sulla base dei quali si possa ritenere che le conclusioni dei periti siano errate limitandosi a sostenere in modo del tutto generico che "(...) penso che una rivalutazione da parte dell'assicurazione invalidità in relazione alle nuove indagini radiologiche da noi fatte eseguire, sia giustificata. (...)". In conclusione, rispecchiando la perizia 2 ottobre 2009 e il complemento 17 luglio 2010 del SAM (doc. AI 133/1-57 e 149/1-2) e il rapporto medico 19 gennaio nonché le annotazioni 12 ottobre 2010 dei medici SMR (doc. AI 134/1-3, VII/1 e VII/2) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) e senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti medici, questo Tribunale deve concludere che a ragione l'Ufficio AI ha ritenuto un'incapacità lavorativa del 60% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa) quale cuoco dal dicembre 2006 e un'abilità lavorativa del 75% in

un'attività adeguata dal gennaio 2005. 2.9. Accertata dunque, dal punto di vista medico teorico, una residua capacità lavorativa del 75% in un'attività adeguata dal dicembre 2005, va qui respinta la censura – peraltro espressa in modo del tutto generico: “(...) la sommarietà di questo calcolo [ndr.: si riferisce al calcolo della capacità lavorativa residua] , e dunque l'assoluta sua inapplicabilità, la si denota ancora maggiormente dal fatto che tra le professioni sigibili figura anche quella di “addetto all'informazione”! Auguri alla ditta che mette in mano la propria informazione ad una persona che conosce a malapena la lingua italiana, che denota evidenti scompensi psichici e per la quale non si ritiene possibile “mettere in atto ulteriori provvedimenti professionali” (...)” (I) e che parte da una valutazione medica diversa rispetto a quella posta dai periti del SAM e dai medici SMR (cfr. consid. 2.8) – secondo la quale l'assicurato non sarebbe reintegrabile sul mercato del lavoro supposto in equilibrio. Nella fattispecie, i consulenti in integrazione hanno correttamente rinviato alle limitazioni funzionali evidenziate dal dr. _____, medico SMR, nel rapporto medico 19 gennaio 2010 (doc. AI 134/1-3), che ha ripreso le limitazioni poste dai periti del SAM. Tenuto conto delle limitazioni, secondo questa Corte, possono essere in concreto prese in considerazione, quali attività adeguate, quelle professioni legate al settore dell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e di controllo, oppure al campo dei servizi, attività che non comportano aggravii fisici, con possibilità di cambiare frequentemente posizione (vedi al riguardo STFA I 535/05 del 7 dicembre 2006 consid. 4.4 e U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.5 con riferimenti; cfr. anche RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Attività che del resto non necessitano una particolare formazione. Va poi evidenziato che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (STFA inedita del 10 settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Avuto riguardo alle scarse conoscenze della lingua italiana – a prescindere dal fatto che l'insorgente ha portato a termine una riformazione professionale come cuoco e ritenuto che, come sopra evidenziato, nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono delle attività che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e/o una formazione specifica – va rilevato che, in una sentenza 35.2007.105 del 6 agosto 2008, confermata, nella misura che qui interessa, dal TF con pronuncia 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 (concernente un assicurato quasi analfabeta, senza formazione scolastica e professionale, con scarse conoscenze della lingua italiana e che aveva sempre esercitato un'attività manuale non qualificata), questa Corte ha giudicato non irrealistiche le opportunità di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa su un

mercato equilibrato del lavoro, conclusione che si impone anche nel caso in esame, giacché il ricorrente presenta una “situazione di partenza” decisamente migliore. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA deve dunque concludere che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività adeguate che l’assicurato sarebbe in grado di esercitare, nella misura del 75%, nonostante il danno alla salute. 2.10. Quanto alla valutazione economica, ritenuto il peggioramento della situazione valetudinaria e considerato che il calcolo del grado d’invalidità operato dai consulenti in integrazione (che hanno concluso per una perdita di guadagno del 36% e quindi non pensionabile, cfr. doc. AI 137/5) si fonda sulla più recente giurisprudenza federale che impone l’applicazione dei valori nazionali (Tabella TA1), a ragione l’Ufficio AI ha confermato il diritto ad un quarto di rendita. Infatti, nella STF 9C_696/2007 del 9 novembre 2009, pubblicata in SVR 2010 IV Nr. 25, il TF ha confermato la sentenza con la quale questo Tribunale aveva ritenuto che a fronte di una situazione valetudinaria invariata o addirittura, come in concreto, peggiorata non è possibile procedere a una revisione delle rendite AI in corso solamente perché in virtù del cambiamento di giurisprudenza il reddito da invalido andava stabilito sulla base dei dati statistici nazionali. L’Alta Corte ha, in particolare, evidenziato che “(...) ora, la nuova giurisprudenza del Tribunale federale (delle assicurazioni) che ha dichiarato non più applicabili i valori salariali statistici regionali non consente, alla luce dei principi suesposti, di adattare a sfavore dell’opponente la decisione di rendita cresciuta in giu-dicato. Sotto il profilo della parità di trattamento (art. 8 cpv. 1 Cost.), un adattamento si imporrebbe segnatamente qualora le decisioni fondate sulla precedente giurisprudenza valessero ormai soltanto per un numero esiguo di assicurati (DTF 135 V 201 consid. 7.2.2 pag. 214, 227 consid. 6.2.2; 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 120 V 128 consid. 3c pag. 132; 119 V 410 consid. 3b pag. 413; SVR 2001 ALV n. 4 pag. 10, C 222/99 consid. 3b). Così non è però nel caso concreto, ritenuto che, quantomeno a livello regionale ticinese, la questione dell’adattamento si porrebbe per un grande numero di rendite correnti. Ma anche per il resto non si realizzano le condizioni restrittive esposte in precedenza per eccezionalmente ammettere, a sfavore degli assicurati, l’applicazione del cambiamento di giurisprudenza. In particolare, la nuova (ma controversa: cfr. la mozione - poi accolta - depositata il 2 ottobre 2006 dal consigliere nazionale Meinrado Robbiani intitolata: "Determinazione del reddito da invalido" [06.3466], nonché la lettera circolare AI n. 273 dell’Ufficio federale delle assicurazioni sociali del 6 febbraio 2009) prassi giudiziaria non fa apparire come assolutamente insostenibili le precedenti assegnazioni di rendite fondate sui dati statistici salariali regionali. (...)” (STF 9C_696/2007, consid. 6.4). 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’asse-gnazione 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 e il rifiuto dell’assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.12. L’assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell’art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l’autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l’assistenza giudiziaria. L’art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla

concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Schulthess 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. dal 104 al 108, pag. 788-789) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole (STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, I 446/00 dell'8 febbraio 2001; DTF 119 Ia 253 consid. 3b). Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Per valutare, in sede ricorsuale, la probabilità di esito favorevole è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005, I 173/04 del 10 agosto 2005; DTF 125 II 275, 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275, 124 I 304 consid. 2c, 122 I 267 consid. 2b). Nel caso concreto, la presente vertenza doveva apparire, dopo un esame forzatamente sommario, destinata all'insuccesso già al momento della presentazione del ricorso, in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, come esposto ai considerandi precedenti, all'assicurato, viste le chiare risultanze mediche e a maggiore ragione in quanto patrocinato, non poteva sfuggire che una diversa valutazione del suo stato valetudinario e/o un peggioramento posteriore alla perizia del SAM dovevano essere debitamente comprovati. In questo senso il semplice parere del dr. _____, che senza esprimersi sulla valutazione dei periti del SAM, ha solo ritenuto giustificata e nemmeno necessaria una rivalutazione da parte dell'amministrazione, non poteva evidentemente bastare. Quanto alle censure in merito alla valutazione psichiatrica, in un primo tempo le stesse non erano neanche debitamente documentate. In seguito nemmeno poteva poi bastare il rapporto 21 settembre 2010 (doc. E) nel quale il dr. _____ si è in sostanza limitato a confermare il precedente certificato medico dell'11 maggio 2010, in base al quale è stato chiesto il complemento peritale del SAM 17 luglio 2010 (cfr. consid. 2.6). In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve pertanto essere respinta.

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