

TI_GERICHTE 32.2010.315 vom 6. Oktober 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-10-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.315

FR: TI_GERICHTE 32.2010.315 du 6 octobre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.315 del 6 ottobre 2010

Regeste

Richiesta di una rendita AI. Rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti a causa dell'assenza di una documentazione completa

Erwägungen

E. 2

Il ricorso contro la decisione del 6 ottobre 2010 è stato inoltrato l'11 novembre 2010. Il ricorrente afferma di aver ricevuto l'atto amministrativo il 12 ottobre 2010 (doc. I). Chiamato dal TCA ad effettuare accertamenti in merito l'UAI ha affermato di " non avere elementi per ritenere intempestivo il ricorso interposto, osservato che la decisione impugnata del 06.10.2010 è stata notificata tramite invio postale ordinario e non raccomandato " (doc. IV). 3. Per l'art. 60 cpv. 1 LPGA il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa. Il cpv. 2 prevede che gli articoli 38-41 sono applicabili per analogia. Secondo costante giurisprudenza (da ultimo: STF 9C_1042/2009 del 7 settembre 2010, consid. 5.9; STF H 60/06 del 3 maggio 2007, consid. 3), l'onere della prova circa l'atto e il momento della notifica di una decisione amministrativa incombe, di principio, all'autorità che intende trarne conseguenze giuridiche e la circostanza deve perlomeno essere stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali (DTF 124 V 400 consid. 2b pag. 402; 121 V 5 consid. 3b pag. 6). L'autorità sopporta pertanto le conseguenze dell'assenza di prova nel senso che se la notifica o la sua data sono contestate e se esistono effettivamente dubbi a tale proposito, ci si baserà sulle dichiarazioni del destinatario dell'invio (DTF 129 I 8 consid. 2.2 pag. 10; 124 V 400 consid. 2a pag. 402 con riferimenti). La spedizione con la posta normale non consente in genere di stabilire se la comunicazione sia pervenuta al destinatario; la semplice presenza nel fascicolo della copia dell'invio non è sufficiente per dimostrare che tale lettera sia stata effettivamente spedita e ricevuta (DTF 101 Ia 7 consid. 1 pag. 8). Tuttavia, la prova della notifica di un atto può risultare da altri indizi o dall'insieme delle circostanze, quali la mancata protesta da parte di una persona che riceve dei richiami (cfr. DTF 105 III 43 consid. 3 pag. 46). La prova della notifica di un atto, che deve essere determinata almeno con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali (DTF 124 V 400 consid. 2b pag. 402; 121 V 5 consid. 3 pag. 6), può tuttavia risultare dall'insieme delle circostanze o da altri indizi (DTF 105 III 43 consid.

E. 3

pag. 46; DLA 2000 no. 25 pag. 121). Nella predetta sentenza 9C_1042/2009, del 7 settembre 2010, al consid. 5.8 l'Alta Corte ha pure rammentato che dal momento che la corretta notifica dell'atto non è avvenuta o comunque non ha potuto essere dimostrata, esso non poteva esplicitare effetti giuridici negativi nei confronti del ricorrente (cfr. DTF 124 V

47, 120 Ia 1 consid. 4b pag. 8; 100 Ib 75; sentenze 2D_136/2007 del 19 giugno 2008 consid. 3.2, 2P.304/2005 del 14 marzo 2006, in RDAT 2007-I pag. 342, e 2P.83/2002 del 24 giugno 2003 consid. 2.3). 4. Come visto l'onere della prova dell'invio spetta all'autorità che intende trarne una conseguenza giuridica. In concreto, l'UAI ammette di non poter accertare il momento esatto della ricezione da parte del ricorrente della decisione datata 6 ottobre 2010. Ne segue che occorre basarsi sulle dichiarazioni dell'insorgente, il quale ha affermato di aver ricevuto la decisione contestata il 12 ottobre 2010. Considerati i tempi della posta semplice, la circostanza che l'insorgente ha ricevuto l'invio 6 giorni dopo è del resto verosimile. Ne segue che il ricorso dell'11 novembre 2010, inoltrato entro 30 giorni dalla notifica della decisione impugnata, va considerato tempestivo.

L'amministrazione, del resto, non ha sostenuto il contrario. Questa Corte entra, pertanto, nel merito del ricorso. Nel merito 5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI (cpv. 2 dal 1° gennaio 2008) prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va

precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 6. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se

quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 7. In concreto l'amministrazione ha accertato un peggioramento dello stato valetudinario del ricorrente, che tuttavia, per l'UAI, non è sufficiente per permettergli di percepire una prestazione dell'AI. Dalle tavole processuali si evince che l'8 novembre 2007 l'insorgente è stato vittima di un infortunio per il quale la _____ ha versato le prestazioni pattuite (doc. assicuratore 3-1 e seguenti). Il 13 gennaio 2010 l'assicuratore infortuni ha informato l'insorgente circa le indennità a lui versate nel corso del 2009, ossia al 100% dal 1° gennaio 2009 al 12 gennaio 2009, al 50% dal 13 gennaio 2009 al 31 marzo 2009, al 75% dal 1° aprile 2009 al 15 maggio 2009, al 50% dal 16 maggio 2009 al 15 luglio 2009 e al 75% dal 16 luglio 2009 al 31 dicembre 2009 (doc. assicuratore 75-1). Per quanto concerne l'aspetto medico, il 20 novembre 2007 il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia a ASA MTC Agopuntura, ha così descritto quanto accaduto e le patologie riscontrate: " paziente diabetico non insulinodipendente da quindici anni trattato con Amaryl e Glucophage che una settimana fa cadeva sul lavoro all'indietro sollevando una cassa, con subito dolori lombari, poi irradianti all'arto inferiore destro sulla parte posteriore della coscia e a livello pre-tibiale destro. Alla RM ernia discale L4-L5 a destra con compressione della radice L5 e ernia discale L5-S1 a destra con compressione della radice L5 e S1 a destra, miglioramento dopo infiltrazione sotto controllo TAC della radice L5 a destra." (doc. assicuratore 5-1) Il 23 gennaio 2008 il dr. med. _____, specialista FMH di ortopedia e chirurgia ortopedica, dopo avere visitato l'insorgente per conto dell'assicuratore contro gli infortuni, ha concluso: "(...) Prima dell'infortunio del 08.11.07 l'assicurato risultava già affetto da alterazioni degenerative della colonna lombare di un certo rilievo ma asintomatiche, in particolare di discopatie L4-L5 e L5-S1. Ma all'occasione della caduta sul sedere queste alterazioni sono state traumatizzate e sono peggiorate in modo determinante con l'insorgenza di un'ernia discale L5-S1 a destra. Tenuto conto dell'insuccesso delle cure finora applicate e delle ripercussioni negative della situazione attuale sullo stato psichico (stato ansioso-depressivo con segni di insofferenza), non si ritiene opportuno proseguire con le cure conservative e consiglia una cura chirurgica, opportunità che il paziente è già disposto ad accogliere. Vi sono buone probabilità di poter raggiungere lo status quo ante alcune settimane dopo l'intervento, al più tardi dopo 3 mesi. Rimane comunque riservata l'eventuale indicazione alla revisione chirurgica oltre allo spazio L5-S1 anche di quello L4-L5 che verrà precisata dal Prof. _____ e, se del caso, dovrebbe anche venire riconosciuto dall'assicuratore LAINF. Tenuto conto delle alterazioni degenerative preesistenti ed a patto che l'esito dell'intervento sia favorevole, un'ulteriore ricaduta spontanea dei disturbi in seguito alla chiusura della pratica assicurativa non potrà più venire considerata come una conseguenza diretta dell'infortunio del 08.11.07. Per intanto l'incapacità lavorativa quale cuoco/gerente di un ristorante risulta ulteriormente giustificata in modo completo." (doc. assicuratore 22-11/12) Il

E. 4

dicembre 2008 il dr. med. _____, medico perito certificato SIM, specialista FMH reumatologia e medicina interna, ha eseguito una visita medico-fiduciaria per la _____. Nel rapporto medico di medesima data, a proposito della capacità lavorativa, lo specialista ha concluso: " Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, da subito. Al momento attuale, concentrandomi unicamente sulla professione di cuoco, svolta sempre in posizione

eretta, con necessità di torsione e flessione del tronco, sotto carico, giudico l'assicurato inabile al lavoro nella misura dei 2/3, fino a definizione da parte del servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ che in passato aveva già preso posizione per quanto riguardava la capacità lavorativa come cuoco." (doc. assicuratore 73-4) Il

E. 5

agosto 2009 l'insorgente è nuovamente stato visitato dal dr. med. _____, il quale, in data 9 agosto 2009, ha affermato: "(...) Come segnalato sopra, mancano agli atti prese di posizione del servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____, per quanto riguarda la strategia diagnostica e terapeutica finora improntata; bisognerà ora chiedere ai neurochirurghi curanti un rapporto intermedio che copra l'intervallo di cura dal dicembre 2008 al mese di agosto 2009. Bisognerà inoltre contattare il servizio di neurologia dell'Ospedale _____ dopo il 2.9.2009, per avere una copia della loro valutazione elettroencefalografica, rispettivamente in seguito bisognerà procurarsi un'ulteriore presa di posizione da parte del servizio di neurochirurgia curante per capire quali siano le intenzioni terapeutiche derivanti dall'accertamento neurologico. Le misure terapeutiche concernenti la rottura del tendine del tibiale anteriore a destra, verranno probabilmente subordinate alle conclusioni dell'esame neurologico ancora previsto; in merito a questa patologia bisognerà avere una presa di posizione da parte dell'ortopedico curante a tempo dovuto. (...)

Valutazione della capacità lavorativa: Per quanto riguarda la capacità lavorativa derivante dall'attuale visita medico fiduciaria, questa non si discosta sostanzialmente da quella pronunciata a pagina 4 e pagina 5 del mio rapporto medico fiduciario del 4.12.2008, in quanto i limiti funzionali e di carico, per quanto attiene le patologie di stretta competenza reumatologica, non sono da considerarsi mutati." (doc. assicuratore 84-5) Il 13 novembre 2009 il dr. med. _____ ha affermato: "(...) Ho preso atto dell'esame elettroencefalografico del 2.9.2009, praticato presso il servizio di neurologia dell'Ospedale _____ nel quale si conclude: "Esame elettromiografico compatibile con una lieve sofferenza cronica del miotoma L5 destro. Nessuna evidenza per una sofferenza neurogena in fase acuta. Inoltre polineuropatia assonale più dominante sensitiva agli arti inferiori, probabilmente nell'ambito del diabete mellito. Da segnalare una tumefazione all'inserzione distale del muscolo tibiale anteriore, DD: nell'ambito di una rottura parziale del tendine. La discrepanza fra la debolezza del muscolo tibiale anterior e la forza mantenuta negli altri muscoli del miotoma L5 e l'elettromiografia quasi normale è ben compatibile con una sottogiacente problematica meccanica, su rottura parziale del tendine. Consigliamo una valutazione ortopedica e preghiamo il Dr. _____, che ci legge in copia e che conosce già il paziente, un suo parere." In data 26.10.2009, lo specialista in neurochirurgia Dr. _____, _____ presso il servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____, scriveva alla _____ Assicurazioni: "alla presente alleghiamo copia delle ultime valutazioni ambulatoriali che vi permetteranno di ricostruire l'evoluzione della storia clinica. Alleghiamo inoltre copia dell'esito dell'esame elettrofisiologico eseguito dai colleghi neurologi."; in allegato, il Dr. _____, inviava, oltre al rapporto elettroencefalografico citato, una sua lettera al medico curante del 6.2.2009 e del 16.7.2009, atti già da me considerati, alla visita medico fiduciaria del 5.8.2009. Sulla base di quanto menzionato sopra, non dispongo dunque al momento di una valutazione di decorso aggiornata del servizio di _____, dopo la mia visita del 5.8.2009, con relativo rapporto, includente anche l'apprezzamento neurochirurgico, specialmente per quanto concerne le conseguenze terapeutiche, basate sugli esiti dell'esame elettroencefalografico, penso anche che sia essenziale conoscere l'avviso dell'ortopedico

curante per quanto riguarda le conseguenze terapeutiche che implica la lesione del tendine del muscolo tibiale anteriore. Sulla base di questi atti, si potrà stabilire se lo stato di salute dell'assicurato al momento è meritevole di ulteriori passi terapeutici entro breve oppure se in base alle dichiarazioni dei medici curanti, questo è da considerarsi stabilizzato. Fino a chiarimento amministrativo, rimane valida la mia valutazione della capacità lavorativa formulata nel mio rapporto alla vostra attenzione nell'agosto 2009." (doc. assicuratore 73). Va ancora evidenziato che il dr. med. _____ specialista FMH chirurgia ortopedica, il 9 dicembre 2009 e nel corso del mese di gennaio 2010 ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% (doc. assicuratore 74-11), mentre il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, endocrinologia e diabetologia, l'8 maggio 2009 ha accertato un'incapacità lavorativa del 50% nella precedente attività svolta dal ricorrente ed ha affermato che un'attività lavorativa " al 100% non è più possibile " (doc. AI 71). Il 15 ottobre 2009 il medico SMR, dr. med. _____, medico generico FMH, dopo aver posto la diagnosi principale di sindrome lombo-radicolare irritativa L5 a destra in esiti di decompressione microchirurgica con asportazione di lussato erniario (11.2.08) e disturbi del rachide (doc. AI 78-1), aver rinviato all'esame della funzionalità fisica del referto del dr. med.

_____ del 4 dicembre 2008 e meglio: sollevamento pesi: molto ridotta 11-25 kg, nulla per pesi superiori; manipolazioni oggetti: molto ridotta per i molto pesanti e posizione di lavoro: ridotta a braccia elevate, con rotazione, eretta, lievemente ridotta seduta, ha stabilito un'incapacità lavorativa nella precedente attività di cuoco del 100% dal 25 ottobre 2008 al 3 dicembre 2008 e di 2/3 dal 4 dicembre 2008 ed un'incapacità lavorativa in attività adatte allo stato di salute dell'insorgente del 100% dal 25 ottobre 2008 al 3 dicembre 2008 e dello 0% dal 4 dicembre 2008 (doc. AI 78-2). Il medico SMR ha inoltre affermato: " Cuoco di 56 anni, è stato valutato in sede peritale dal dr. _____ per conto della _____ lo scorso dicembre. Il paziente è stato sottoposto presso il reparto di neurochirurgia dell' _____ il 1.02.2008 ad intervento di decompressione microchirurgica L5 dx con asportazione di lussato erniario ed esplorazione del livello L5/S1 in un contesto di radicolopatia iperalgica L5 dx su ernia discale. Tale intervento ha permesso il netto miglioramento dei dolori dell'arto inferiore dx. Il paziente ha lamentato successivamente la comparsa di dolori sub-continui focalizzati al dorso del piede dx, in particolare al III mediale sino all'alluce, spesso con carattere di bruciore. Non si è ritenuto necessario nel febbraio 2009 da parte del _____ di _____ un approfondimento ulteriore. Vista questa certificazione medica specialistica espressa all'indomani di questo intervento neurochirurgico dal dr. _____ del 6 febbraio 2009, reputasi ancora attuale la valutazione peritale reumatologica espressa dal dr. _____ nel dicembre del 2008. In un lavoro adatto allo stato di salute, rispettosa dei limiti funzionali, l'Assicurato è abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%. Come cuoco, in posizione eretta con necessità di torsione e flessione del tronco, sotto carico, l'esigibilità è ridotta in termini valutabili ad 1/3 della CL normale. Prognosi stazionaria." (doc. AI 78-3) Il

E. 7

dicembre 2010 il medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH medicina generale, medico perito certificato SIM, dopo aver preso atto del ricorso, ha affermato: " (...) Visita fiduciaria dr. _____ del 5.8.2009 : diagnosi: sindrome lombo radicolare L5 a destra in recidiva erniaria L4/5 a destra ernia discale mediana paramediana destra L5/S1 in esiti da asportazione di lussato erniario a livello L5/S1 a destra il 11.2.2008 discopatia L2/3 con bulging discale circonferenziale disturbi statici del rachide decondizionamento muscolare rottura cronica del tendine del muscolo tibiale anteriore a destra obesità - viene richiesta una

presa di posizione neurochirurgica/ neurologica - stato di salute non stabilizzato - viene confermata una esigibilità lavorativa al 100% per attività adatta dal punto di vista strettamente reumatologico la _____ in seguito ha chiesto perizia neurologica dr. _____ Valutazione: per una valutazione conclusiva della CL dell'assicurato risulta indispensabile disporre della perizia dr. _____ richiesta dall'assicuratore. Il lato reumatologico risulta ben definito dalla valutazione peritale dr. _____. Per quanto concerne la diagnosi collaterale di diabete mellito, noto dal 1998. trattato con antidiabetici orali faccio osservare quanto segue: - si tratta qui di patologia che finora non ha portato a delle sequele di rilievo. L'ipertensione arteriosa non è conseguenza del diabete è risulta controllata mentre la microalbuminuria (fatto prognostico senza conseguenze funzionali dirette) è rientrata dopo miglioramento del controllo glicemico. Non si può quindi condividere l'indicazione generica del dr. _____ che il diabete in sé comporti una inabilità lavorativa del 20%." (doc. IV/Bis) L'11 gennaio 2011 il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, diabetologia ed endocrinologia, consulente presso l'Ospedale Universitario di _____, ha affermato: " Seguo regolarmente il Signor RI 1 per un diabete mellito tipo II, dal maggio 2009 a tutt'ora il diabete si è mantenuto stabile con valori di HbA1c che oscillano tra i 7.8% e i 6.8%. Per poter stabilire questi valore glicemici il paziente ha dovuto effettuare dei controlli regolari e una vita ordinaria, per questo motivo ha dovuto ridurre il grado di attività lavorativa. Attualmente l'incidenza del diabete sul grado di attività lavorativa resta invariato a quello del 2009, cioè al 20%." (doc. B) 8. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (sentenza del 26 agosto 2004 nella causa I 355/03, consid. 5; sentenza del 25 febbraio 2003 U 329/01 ed U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1 c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA dei 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TF ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; 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; sentenza del 26 agosto 2004 nella causa I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (sentenza del 25 febbraio 2003 nelle cause U 329/01 ed U 330/ 01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). S e 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 (sentenza del 25 febbraio 2003 nelle cause U 329/01 ed U 330/01). 9. Alla luce della documentazione medica agli atti questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, ritiene, per i motivi che seguono, che non tutti gli aspetti siano stati sufficientemente indagati dall'UAI. L'amministrazione si è infatti limitata ad esaminare l'aspetto reumatologico, sulla base di un referto medico fiduciario allestito dal dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, per l'assicuratore contro gli infortuni, _____, ma non ha approfondito le altre patologie, in particolare neurologica/neurochirurgica ed ortopedica malgrado le chiare annotazioni in tal senso dello stesso reumatologo. Posto che l'UAI ha stabilito che l'insorgente non può più svolgere la precedente attività nella misura del 100% dal 25 ottobre 2008 al 3 dicembre 2008 e di 2/3 dal 4 dicembre 2008 (cfr. anche doc. AI 78-2), le contestazioni circa la percentuale esatta di inabilità lavorativa nella precedente attività non devono essere oggetto di approfondimento (cfr. doc. I, punto 4 pag. 5), mentre va accertato in quale misura e con quali eventuali limitazioni l'interessato può svolgere un'attività leggera confacente al suo stato di salute. Dagli atti si evince innanzitutto che l'insorgente è stato sottoposto, in data 4 dicembre 2008, ad un esame medico approfondito ad opera del dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, il quale ha giudicato l'assicurato, in attività adatte al suo stato di salute, abile al lavoro al 100% con un rendimento massimo del 100%, da subito, con le limitazioni descritte nell'allegato. In particolare: sollevamento pesi: molto ridotta 11-25 kg, nulla per pesi superiori; manipolazioni oggetti: "molto ridotta per i molto pesanti"; posizione di lavoro: ridotta a braccia elevate, con rotazione, eretta, lievemente ridotta seduta (cfr. doc. AI 78-2). A questa valutazione reumatologica, completa e convincente, che giunge a conclusioni logiche e senza contraddizioni, che tiene conto delle patologie di cui si lamenta l'insorgente e che è stata realizzata sulla base di accertamenti approfonditi ed è stata confermata dal medesimo specialista il 9 agosto 2009 (doc. AI 84-5: " Per quanto riguarda la capacità lavorativa derivante dall'attuale visita medico fiduciaria, questa non si

discosta sostanzialmente da quella pronunciata a pagina 4 e pagina 5 del mio rapporto medico fiduciario del 4.12.2008, in quanto i limiti funzionali e di carico, per quanto attiene le patologie di stretta competenza reumatologica, non sono da considerarsi mutati”) e il 13 novembre 2009 (doc. AI 74-3) va attribuita forza probatoria piena (cfr. consid. 8). L’insorgente, del resto, non ha prodotto atti medici di natura reumatologica tali da sovvertire le conclusioni dello specialista. Tuttavia, come del resto evidenziato dal medesimo reumatologo nelle occasioni in cui è stato interpellato dall’assicuratore contro gli infortuni, agli atti non è stata prodotta alcuna valutazione di decorso atualizzata per quanto concerne l’aspetto neurochirurgico e neurologico e non è neppure stato interpellato un ortopedico per stabilire le conseguenze della lesione del tendine del muscolo tibiale anteriore. Il dr. med. _____ ha infatti affermato, il 4 dicembre 2008 che “ bisognerà dunque far riferimento al servizio di neurochirurgia per avere ulteriori informazioni sull’evoluzione diagnostica e terapeutica ” (doc. assicuratore 73-4), il 9 agosto 2009 che “ come segnalato sopra, mancano agli atti prese di posizione del servizio di neurochirurgia dell’Ospedale _____, per quanto riguarda la strategia diagnostica e terapeutica finora improntata, bisognerà ora chiedere ai neurochirurghi curanti un rapporto intermedio che copra l’intervallo di cura dal dicembre 2008 al mese di agosto 2009. Bisognerà inoltre contattare il servizio di neurologia dell’Ospedale _____ dopo il 2.9.2009, per avere una copia della loro valutazione elettroencefalografica rispettivamente in seguito bisognerà procurarsi un’ulteriore presa di posizione da parte del servizio di neurochirurgia curante per capire quali siano le intenzioni terapeutiche derivanti dall’accertamento neurologico. Le misure terapeutiche concernenti la rottura del tendine tibiale anteriore a destra, verranno probabilmente subordinate all’esame neurologico ancora previsto; in merito a questa patologia bisognerà avere una presa di posizione da parte dell’ortopedico curante a tempo dovuto. Lo stato di salute non è da considerarsi stabilizzato in mancanza di quanto precede (...)” (doc. assicuratore 84) ed infine il 13 novembre 2009, dopo aver citato l’esame elettroencefalografico del 2 settembre 2009 praticato presso il servizio di neurologia dell’Ospedale _____ dove si conclude che “ Consigliamo una valutazione ortopedica e preghiamo il Dr. _____, che ci legge in copia e che conosce già il paziente, un suo parere ” ha nuovamente rilevato come “ non dispongo dunque al momento di una valutazione di decorso atualizzata del servizio di neurochirurgia _____, dopo la mia visita del 5 agosto 2009, con relativo rapporto, includente anche l’apprezzamento neurochirurgico, specialmente per quanto concerne le conseguenze terapeutiche, basate sugli esiti dell’esame elettroencefalografico, penso anche che sia essenziale conoscere l’avviso dell’ortopedico curante per quanto riguarda le conseguenze terapeutiche che implica la lesione del muscolo tibiale anteriore ” (doc. assicuratore 74-4). A questo proposito nel corso del mese di dicembre 2009 e gennaio 2010 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha attestato un’incapacità lavorativa del 100% (doc. assicuratore 74-11). Malgrado quanto evidenziato sopra, l’UAI, a torto, non ha ritenuto di dover procedere ad ulteriori accertamenti e/o di attendere la perizia del prof. dr. med. _____, _____ presso il _____, che il 7 gennaio 2009 aveva comunicato a _____ di poter effettuare una perizia “ entro i primi 3 mesi dell’anno ” (doc. assicuratore 74-1). Certo, lo stesso insorgente in sede di ricorso afferma di aver sollecitato la citata perizia in data 22 ottobre 2010 ma, malgrado la visita avesse già avuto luogo, di non aver ricevuto quanto richiesto (doc. I pag. 4). Tuttavia, da una parte va evidenziato come, sulla base delle continue richieste di documentazione che il dr. med. _____ aveva fatto all’assicuratore contro gli infortuni, doveva apparire evidente che

la valutazione medica complessiva, in particolare l'aspetto neurochirurgico/neurologico e ortopedico, non era completa. D'altra parte lo stesso medico SMR, dr. med. _____, il 7 dicembre 2010, ha sottolineato che " per una valutazione conclusiva della CL dell'assicurato risulta indispensabile disporre della perizia dr. _____ richiesta dall'assicuratore " (doc. IV/Bis, sottolineatura del redattore). A questo riguardo va ricordato che per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e 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 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. 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_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Ora, già solo per il fatto che il medico SMR, dr. med. _____, giustamente, alla luce della (incompleta) documentazione agli atti, ritiene " indispensabile disporre della perizia dr. _____ " per una valutazione conclusiva della capacità lavorativa del ricorrente (cfr. doc. IV/Bis), la decisione impugnata non può essere tutelata. La circostanza che il referto non era stato redatto al momento dell'emissione della decisione impugnata non può certo essere un motivo, per l'amministrazione, di non procedere ad ulteriori accertamenti. Infatti, sulla base di quanto affermato dal dr. med. _____, l'UAI avrebbe in ogni caso dovuto indagare se e in quale misura l'aspetto neurochirurgico/neurologico ed ortopedico ha un'influenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente. Alla luce di quanto sopra esposto si impongono ulteriori accertamenti. Va qui rammentato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010 consid. 8; per analogia la sentenza 8C_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). L'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98]; sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010, consid. 8.3). In concreto, l'UAI, al quale l'incarto va rinviato, dovrà richiamare la perizia neurologica del dr. med. _____, tutta la documentazione menzionata dal dr. med. _____ nei suoi referti del 4 dicembre 2008, 9 agosto 2009 e 13 novembre 2009 relativa agli aspetti neurochirurgici, interpellando in tale ambito, laddove necessario, i medici che si sono occupati del ricorrente e dovrà coinvolgere, per gli aspetti ortopedici, il dr. med. _____ per stabilire se e in che misura anche la patologia ortopedica ha un'influenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente. Occorrerà inoltre far valutare da un medico specialista l'attestazione dell'11 gennaio 2011 del dr. med. _____ circa l'(eventuale)

incidenza del diabete sul grado di attività lavorativa dell'interessato. In seguito, sulla base di tutta la documentazione acquisita, l'UAI dovrà nuovamente valutare la capacità lavorativa globale del ricorrente, in particolare in attività adeguate al suo stato di salute, stabilendo inoltre i periodi esatti dell'incapacità lavorativa, facendo capo a dei periti. Va qui infatti evidenziato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. sentenza del 4 settembre 2001, I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005, I 606/03, l'allora TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie*, ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Dopo aver esaminato approfonditamente, in maniera globale, lo stato valetudinario del ricorrente e la sua incidenza sulla capacità lavorativa, l'amministrazione dovrà emanare una nuova decisione. A questo proposito va rilevato che l'insorgente contesta pure le valutazioni economiche ed in particolare il reddito da valido, stabilito dall'UAI in fr. 33'687, in seguito all'inchiesta per l'attività professionale indipendente dalla consulente _____, mentre il ricorrente chiede che venga preso in considerazione un reddito di fr. 63'900, ed il reddito da invalido, sostenendo che occorre ridurlo del 20% e non solo del 15%. La questione non va tuttavia ancora decisa in attesa dei nuovi accertamenti medici sulla base dei quali si potrà procedere con il calcolo definitivo. Per quanto concerne la riduzione percentuale del reddito da invalido va comunque segnalata una recente sentenza del Tribunale federale (9C_474/2010 dell'11 aprile 2011) che ha annullato una riduzione del 10% accordata dai giudici del Tribunale amministrativo federale ad una ricorrente, nata nel 1966 ed affetta da un danno psichico (depressione maggiore senza sintomi psicotici su una grave sindrome da disadattamento innestata su un disturbo di personalità di tipo istrionico e conversivo), non essendo dati, nel preciso caso di specie, i presupposti per procedere con la diminuzione del reddito in tale misura. 10. L'insorgente chiede l'assunzione di nuove prove ed in particolare il richiamo dell'intero incarto della _____ dal quale potranno emergere eventuali ulteriori informazioni circa la situazione medica e reddituale dell'assicurato e l'allestimento di una perizia pluridisciplinare. Visto l'esito del ricorso, e meglio, il rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti medici e considerato che l'UAI ha prodotto l'incarto dell'assicuratore contro gli infortuni in sede di risposta, questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di

procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

E. 11

Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell'UAI, il quale verserà le ripetibili al ricorrente, rappresentato da un avvocato (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGGA).

E. 13

novembre 2009 il dr. med. _____ ha affermato:

Dopo aver esaminato approfonditamente, in maniera globale, lo stato valetudinario del ricorrente e la sua incidenza sulla capacità lavorativa, l'amministrazione dovrà emanare una nuova decisione.

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