

TI_GERICHTE 32.2010.80 vom 19. Februar 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-02-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.80

FR: TI_GERICHTE 32.2010.80 du 19 février 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.80 del 19 febbraio 2010

Regeste

Decisione con la quale UAI ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni non può essere confermata dal TCA, in mancanza di sufficienti approfondimenti dal profilo medico. Atti rinviati per esecuzione di una perizia medica pluridisciplinare

Erwägungen

E. 3

b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art.

E. 3.3

Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf das Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 20. November 2007 (I 142/07) die fachliche Ausbildung und Titel der am MEDAS-Gutachten beteiligten Ärzte beanstandet oder in Zweifel zieht, ist dies unbegründet. Das Bundesgericht hat im erwähnten Urteil vom 20. November 2007 entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zwingend eine FMH-Ausbildung für Gutachter verlangt, sondern nur eine Fachausbildung, welche auch, wie dies auf die Gutachterin B._____ zutrifft, im Ausland erworben werden kann. Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 19. Oktober 2006 wurde vom Chefarzt und einer Fachärztin für Innere Medizin erstellt. Bei den konsiliarisch zugezogenen Fachärzten hat u.a. Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie, das Gutachten eingesehen und sich mit den Schlussfolgerungen einverstanden erklärt. Damit kommt dem MEDAS-Gutachten auch hinsichtlich des psychiatrischen Teils voller Beweiswert zu (vgl. auch BGE 123 V 175 ; AHI 1998 S. 125). Zusätzlich ist festzuhalten, dass ohnehin nicht sämtliche an der

Ausarbeitung eines Gutachtens beteiligten Ärzte über eine Fachausbildung verfügen müssen. Es genügt in diesem Zusammenhang, dass der verantwortliche Gutachter die entsprechende Fachausbildung absolviert hat." Il TCA, in una sentenza 35.2009.26 del 22 aprile 2009, a proposito del fatto che uno dei medici chiamato ad esprimere il proprio parere peritale nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, specializzatosi in neurologia e psichiatria in Germania, non fosse in possesso di un titolo FMH, ha evidenziato che "ai sensi della giurisprudenza della nostra Massima Istanza da un perito non si pretende una formazione FMH, bensì è sufficiente che lo stesso disponga di una formazione specialistica, la quale può essere conseguita anche all'estero (cfr. STF 9C_270/2008 del 12 agosto 2008 consid. 3.3.; STF 9C_218/2008 del 4 marzo 2009 consid. 4.2.)". Va inoltre rilevato che, in una sentenza STF 8C_343/07 del 1° febbraio 2008, l'Alta Corte, confermando la sentenza di questo Tribunale 35.2006.8 del 21 maggio 2007, ha ribadito (cfr. sul tema sentenza I 648/04 del 9 maggio 2005, consid. 4.1) che è ammesso e riconosciuto che un mandato peritale affidato ad un primario o sostituto primario di un centro ospedaliero universitario possa essere delegato, ad esempio ad un capoclinica. Il Tribunale federale ha quindi considerato pienamente probante la perizia giudiziaria affidata al PD dott. H. _____, ma svolta dal dott. L. _____, capoclinica, sottolineando che il PD dott. H. _____, pronunciandosi in un complemento peritale sulle valutazioni del PD dott. K. _____, critico nei confronti della perizia in oggetto, ha integralmente confermato le conclusioni cui era in precedenza pervenuto il dott. L. _____. Nella fattispecie concreta, in corso di causa il TCA ha chiesto al dr. _____, Direttore del Centro peritale per le assicurazioni sociali, alcune precisazioni in merito alla redazione del referto peritale (chi ha effettuato i colloqui e chi ha redatto il referto), al titolo di cui beneficiava il dr. _____ al momento dell'esame peritale e al ruolo svolto dallo stesso dr. _____ nell'ambito del mandato peritale (doc. XVI). Con scritto del 21 settembre 2010, il dr. _____ ha risposto: " In riferimento alla sua missiva del 20.09.2010 premetto quanto segue: Il dr. _____ è stato assunto come dipendente del Centro peritale per le assicurazioni sociali poiché si trovava alla fine del suo iter di specializzazione in psichiatria e psicoterapia. Egli aveva completato la sua formazione presso i servizi psichiatrici ad essa preposti e, sulla scorta delle sue competenze, era stato ritenuto idoneo per la mansione. Le disposizioni dell'FMH sulla formazione richiedono che un medico assistente, per ottenere il titolo di specialista, tra le altre attività svolga anche dei lavori in ambito peritale, con la supervisione di un medico specializzato nella disciplina. L'assistente presta la sua attività sotto la responsabilità del medico specialista. Il responsabile stabilisce il grado di competenza ed autonomia del singolo collega, differenziato in base al livello di formazione raggiunto, verificando le sue capacità nella materia. Al momento della perizia suddetta, il dr. _____ aveva concluso tutto l'iter formativo in psichiatria e psicoterapia. Pertanto, il livello di competenza e soprattutto di autonomia del dr. _____ era oggettivamente molto elevato, pur necessitando la mia attiva supervisione. A conferma di ciò si sottolinea che nel frattempo il dr. _____ ha ricevuto il titolo di specialista FMH in psichiatria e psicoterapia. Ciò premesso, rispondo alle sue domande specifiche. 1. I colloqui e il referto peritale sono stati effettuati dal dr. _____, come indicato a pag. 1 della perizia. Il sottoscritto non ha semplicemente apposto un "visto" formale in calce alla perizia. La mia firma significa che ho personalmente ponderato, supervisionato ed approvato il lavoro svolto, come prescritto dal mio ruolo di responsabile verso i medici assistenti. Nella fattispecie: ho preso visione dell'incarto dell'assicurato, ho discusso il caso clinico con il dr. _____, sia prima che dopo il suo incontro con l'assicurato, l'ho ritenuto idoneo a

svolgere la perizia. Ho verificato infine il suo elaborato peritale, per garantire la conformità ai criteri di qualità per le perizie psichiatriche. 2. Al momento dell'esame peritale, il dr. _____ non possedeva ancora un titolo FMH in psichiatria e psicoterapia, ma aveva concretamente terminato tutto l'iter di formazione in psichiatria e psicoterapia. Dal punto di vista medico, il suo livello di competenza ed autonomia era elevato." (Doc. XVIII)

Pertanto, nel caso di specie, alla luce di quanto sopra esposto, la perizia psichiatrica del 21 maggio 2008, allestita dal dr. _____ – il quale, come precisato dal dr. _____, aveva concluso tutto l'iter formativo in psichiatria e psicoterapia ed era solo in attesa del riconoscimento del titolo di specialista FMH, regolarmente ottenuto in seguito (cfr. doc. XVIII) – con la supervisione, l'approvazione del lavoro svolto e sotto la responsabilità del dr. _____, Direttore del Centro peritale e specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. XVIII), può essere presa in considerazione dal TCA. 2.8.2. Nel rapporto peritale del 21 maggio 2008, il dr. _____ e il dr. _____, sulla base dello studio della documentazione medica agli atti e dopo due colloqui con l'interessato (in data 2 agosto 2007 e 23 agosto 2007), hanno ritenuto che l'assicurato non presenti alcuna patologia psichiatrica invalidante, ma sia affetto unicamente da una distimia. Essi hanno quindi concluso che, tenuto conto dei soli aspetti psichiatrici, RI 1 sia da considerare abile al lavoro al 100% (doc. 42/1-6). Tali conclusioni sono poi state fatte proprie dal dr. _____ e dal dr. _____ del SMR. Il ricorrente ha criticato le conclusioni dei periti psichiatri, che hanno posto unicamente la diagnosi di "distimia", facendo presente di essere affetto da una sindrome depressiva, constatata sia dai medici della Clinica di _____ – dove è stato degente dal 2 giugno 2009 al 22 giugno 2009 (doc. 57/4-5) - sia da quelli della Clinica _____ - dove è rimasto degente dal 28 maggio 2010 al 19 agosto 2010 (cfr. doc. E4). 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 19 febbraio 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 casu, il rapporto di dimissioni dalla Clinica _____, datato 19 agosto 2010 e concernente il ricovero dell'interessato dal 28 maggio 2010 al 19 agosto 2010 (doc. F1), è successivo alla decisione impugnata. Esso va tuttavia preso in considerazione, dato che i medici della Clinica di _____ hanno riscontrato, tra l'altro, la presenza di una "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di entità media (ICD10-F33.1)" (doc. F1), che peraltro era già stata diagnosticata dai medici della Clinica di _____ nel giugno 2009. Il TCA sottolinea, infatti, che nella lettera di dimissione provvisoria del 22 giugno 2009, i medici della Clinica di _____ avevano posto, tra le altre, la diagnosi di "sindrome ansioso-depressiva in trattamento" (doc. 57-4). Nel successivo rapporto del 6 luglio 2009, poi, i medici di _____, posta tra le altre la diagnosi di "sindrome ansioso-depressiva in trattamento", avevano rilevato che "durante la degenza il paziente è stato inoltre valutato dal nostro consulente psichiatrico dr. _____, che ha incrementato il dosaggio del Citalopram in utilizzo" (doc. 57-7). Pertanto, potendo il referto del 19 agosto 2010 di dimissione dell'interessato dalla Clinica _____ permettere di accertare lo stato di salute dell'assicurato antecedente al provvedimento contestato, tale rapporto è rilevante ai fini del presente giudizio. Esso è suscettibile di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 19 febbraio 2010 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Da questi referti della Clinica di _____ e

della Clinica _____ sembrerebbe quindi che, dopo l'esecuzione del consulto peritale del 21 maggio 2008 da parte del dr. _____ e del dr. _____ del CPAS, ma prima dell'emanazione della decisione impugnata (del 19 febbraio 2010), le condizioni psichiche dell'assicurato abbiano subito un peggioramento, che ha portato all'insorgenza di una sindrome depressiva. Quest'ultima diagnosi, posta sia dai medici della Clinica di _____, che da quelli della Clinica _____, non figura infatti tra le diagnosi poste dal dr. _____ e dal dr. _____ nel referto peritale del 21 maggio 2008. Questo Tribunale sottolinea inoltre che, nonostante l'amministrazione sia stata chiamata, a due riprese, dal TCA ad esprimersi in merito a questi certificati medici - dai quali emergono degli aspetti sufficientemente pertinenti da potere mettere in dubbio le conclusioni peritali - l'UAI ha rinunciato a prendere posizione (doc. XXVI). Alla luce di questa omissione da parte dell'amministrazione, considerato inoltre il lungo tempo (più di un anno e mezzo) trascorso tra la valutazione peritale e l'emanazione della decisione impugnata, secondo questo Tribunale non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurato, dal punto di vista psichiatrico, giustifichi una piena capacità lavorativa, come stabilito dal dr. _____ e dal dr. _____ e confermato dal dr. _____ e dal dr. _____ del SMR. Gli atti vanno quindi rinviati all'UAI affinché faccia allestire al più presto una perizia psichiatrica al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa del ricorrente. 2.8.3. Dal profilo somatico, nella precedente decisione del 1° luglio 2005, l'assicurato era stato considerato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente professione di gruista, ma abile al lavoro al 100% in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, sulla base della valutazione del 27 dicembre 2004 del dr. _____ del SMR (cfr. doc. 12-1). In quell'occasione, il medico del SMR aveva posto le diagnosi di "sindrome lombospondilogenica a destra, irritativa, non deficitaria, su discopatia L4-L5 con protrusione dorsale, mediana, assenza di segni per una compressione di tipo radicolare" (doc. 12-1). L'assicurato sia in sede di procedura amministrativa, che in sede ricorsuale, ha prodotto dei referti medici specialistici, a dimostrazione di un peggioramento delle sue patologie anche a livello somatico. A fronte della documentazione prodotta dall'assicurato, sia il dr. _____, sia il dr. _____ del SMR hanno ritenuto che lo stato di salute dell'assicurato non abbia subito delle modifiche di rilievo. In particolare, il dr. _____ del SMR, nelle annotazioni del 6 maggio 2010, ha ritenuto che "dall'attuale documentazione non risultano nuovi elementi, si conferma una problematica lombare nota con componente somatoforme" (doc. X/1). Il TCA, non disponendo di sufficienti elementi per potersi pronunciare, non può concordare con queste considerazioni del medico del SMR, per i motivi seguenti. Va innanzitutto sottolineato che, in un referto del 16 maggio 2009, il dr. _____, spec. FMH in neurochirurgia, ha rilevato che "la RM conferma un'incipiente discopatia L2/3 a L4/5 con disidratazione", oltre alla "presenza di artrosi delle faccette articolari da L2/3 a L5/S1" (doc. 57-2). Nel referto del 6 luglio 2009, concernente la degenza dell'assicurato dal 2 giugno 2009 al 22 giugno 2009, gli specialisti della Clinica di _____ hanno posto la diagnosi principale di "lombalgia cronica in alterazioni degenerative con discopatia L2-L3 e L4-L5, presenza di protrusioni discali L4-L5 senza conflitti radicolari, artrosi delle faccette articolari L2-L3 e L5-S1; esito da infiltrazione faccettaria L4-L5 con Kenakort" (doc. 57-7). Inoltre, nel rapporto medico dell'11 marzo 2010, il dr. _____, spec. FMH in neurologia, dopo avere posto la diagnosi di "forma cronica di una lombalgia sulla base degenerativa con discopatie", ha sottolineato come il

caso dell'assicurato presenti "una situazione abbastanza difficile da valutare con diverse componenti somatiche e psicologiche", con "al centro dell'attenzione una lombalgia cronica sulla base di alterazioni degenerative con discopatia su diversi livelli", ritenendo opportuna una valutazione pluridisciplinare da parte dell'UAI (doc. B). Il TCA non può che concordare con questa opinione dello specialista in neurologia, posto che, rispetto al passato, dai referti sopraesposti, sembrerebbe emergere la presenza di una progressione delle discopatie (interessanti, oltre che L4-5 come riscontrato nel 2005 dal dr. _____, ora anche L2-3) e l'insorgenza di un'artrosi delle faccette articolari L2-L3 e L5-S1. Già solo per queste ragioni si giustifica quindi il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga i necessari approfondimenti medici di natura neurologica-neurochirurgica. Inoltre, il TCA sottolinea che, in corso di causa, l'assicurato ha prodotto nuovi referti medici, dai quali risulta l'insorgenza di una nuova patologia a livello cervicale. L'assicurato ha infatti prodotto il referto dell'esame di MRI della colonna cervicale del 4 maggio 2010, dal quale risulta una protrusione discale mediana-paramediana a sinistra C4-C5; un'artrosi unco-somatica prevalente a sinistra C5-C6, C6-C7 con stenosi più importante del C6-C7; una possibile radicolopatia consensuale, oltre ad alterazioni artrosi che TH3-TH4, TH4-TH5 con sporgenza discale (doc. D). Il dr. _____, nelle sue annotazioni mediche del 20 maggio 2010, ha concluso per l'"assenza di nuovi elementi in favore di una modifica sostanziale dello stato di salute", facendo presente che "alterazioni di tipo degenerativo sono fisiologiche in persone di 50 anni" (doc. X/2). Il TCA, non disponendo di sufficienti elementi per poter escludere che l'insorgenza di alterazioni al rachide cervicale e dorsale abbia un'influenza sulla capacità lavorativa residua dell'interessato, non può concordare con queste considerazioni del medico del SMR, ritenendo necessari ulteriori accertamenti medici specialistici. Va infatti sottolineato che, nel referto del 21 giugno 2010, il dr. _____, rispondendo ad un'esplicita richiesta del rappresentante dell'assicurato, ha indicato che, a partire dal mese di aprile 2010, l'interessato presenta dei dolori al collo irradianti alle spalle ed alle braccia, che limitano la sua capacità lavorativa nella misura del 30% (doc. E1). La presenza di discopatie diffuse in tutto il rachide cervicale e dorsale è poi stata confermata dal dr. _____, nel suo referto del 30 agosto 2010, nel quale - dopo avere riscontrato la presenza, a livello lombare, di una situazione "rimasta più o meno invariata sia dal punto di vista clinico che neuroradiologico" rispetto alla precedente visita del 2004 - ha rilevato che "attualmente il paziente accusa, oltre ai persistenti dolori lombari ed alla gamba dx ma in maniera diffusa, anche fastidi cervicali associati a cefalee, disturbi in entrambe le spalle ed in parte al braccio sx" (doc. F2). 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 19 febbraio 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 casu, sia il referto del dr. _____ del 21 giugno 2010 (doc. E1), che quello del dr. _____ del 30 agosto 2010 (doc. F2), sono successivi alla decisione impugnata: essi vanno tuttavia presi in considerazione, dato che, nonostante secondo il dr. _____, che non è uno specialista in materia, i disturbi siano insorti nel mese di aprile 2010 (doc. E1), non si può escludere che gli stessi siano insorti già prima. Questo Tribunale evidenzia inoltre che, nonostante l'amministrazione sia stata chiamata a due riprese dal TCA ad esprimersi in merito a questi certificati medici, l'UAI ha rinunciato a prendere posizione (doc. XXVI). Alla luce di questa omissione da parte dell'amministrazione,

considerato inoltre il lungo tempo trascorso tra la precedente valutazione del dr. _____ (del 27 dicembre 2004) e l'emanazione della decisione impugnata (del 19 febbraio 2010), secondo questo Tribunale non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurato, dal punto di vista somatico, non abbia subito delle variazioni con influsso sulla capacità lavorativa. Gli atti vanno quindi rinviati all'UAI affinché faccia allestire al più presto una perizia specialistica al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa del ricorrente. 2.8.4. 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 (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560), il quale 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. Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è 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. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince 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 (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a 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 quindi annullata e l'incanto retrocesso all'Ufficio AI, affinché faccia allestire al più presto una perizia pluridisciplinare, al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa del ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni

sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella *Pratique VSI 2001* pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (*Pratique VSI 2001* pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (*Pratique VSI 2001* pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza pubblicata in DTF 123 V 175, il Tribunale federale ha rilevato che, con l'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto, è stato ancorato il concetto di indipendenza e di imparzialità dei periti dei centri medici d'accertamento dell'AI, che già

esisteva in precedenza. Questa giurisprudenza è poi stata confermata in una sentenza pubblicata in DTF 132 V 376, nella quale l'Alta Corte ha deciso che i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA devono essere osservati anche quando una perizia è affidata ad un centro d'accertamento medico (SAM). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, il Tribunale federale ha sottolineato che un rapporto del SMR ha lo stesso valore di una perizia amministrativa, anche se è stato redatto senza avere visitato personalmente l'assicurato. Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Nell'evenienza concreta, questo Tribunale - chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti - non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto sia la

problematica somatica, sia quella psichica, non sono state sufficientemente chiarite. 2.8.1. Va preliminarmente rilevato che in una sentenza I 65/07 del 31 agosto 2007, il Tribunale federale ha ritenuto non probante la perizia effettuata da un medico SMR, a causa di irregolarità formali legate alla sua persona e all'esercizio della sua attività. In quel caso, il medico SMR aveva infatti effettuato una valutazione psichiatrica, apponendo, accanto alla sua firma, l'indicazione "specialista FMH in psichiatria". L'Alta Corte ha tuttavia sottolineato che, al momento di esprimere la sua valutazione, il medico SMR non era in possesso del titolo di "specialista in psichiatria e psicoterapia" ai sensi della legislazione federale in materia. Pur avendo seguito la formazione completa in psichiatria e psicoterapia, ricevendo una attestazione dalla FMH, egli non aveva conseguito il titolo postgrado di specialista, dato che non possedeva un diploma federale di medicina o un diploma di medicina riconosciuto in Svizzera. Per le medesime ragioni egli non era nemmeno titolare del titolo di "psichiatra FMH", posto che la sigla FMH è esclusivamente riservata ai membri della Federazione dei medici svizzeri (FMH) in possesso di un titolo postgrado federale o di un titolo di formazione postgraduata riconosciuto. Inoltre, nel caso in esame, il medico SMR, oltre a non essere abilitato ad esercitare la professione di medico a titolo indipendente, non era neppure abilitato ad esercitare a titolo dipendente, in mancanza di un diploma federale svizzero o di un diploma straniero riconosciuto, requisiti necessari per ottenere un'autorizzazione in tal senso. In una sentenza 32.2007.162 dell'8 maggio 2008, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha già avuto modo di rilevare, sulla base delle precisazioni richieste in quell'occasione al SAM, che in quel caso la dottoressa responsabile dello svolgimento della perizia psichiatrica era in possesso, dal 16 novembre 2005, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del titolo in psichiatria e psicoterapia, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del diploma di laurea in medicina e chirurgia e del diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e della chirurgia conseguiti all'estero (cfr. doc. XII e i relativi allegati presenti nell'inc. 32.07.162), ritenendo pertanto di poter prendere in considerazione il referto peritale psichiatrico stilato dal medico in questione. In un'altra sentenza 32.2007.187 del 18 giugno 2008, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha ritenuto di poter prendere in considerazione la perizia psichiatrica effettuata da un medico del SMR, dopo avere accertato che lo stesso era in possesso del titolo di specialista in psichiatria e psicoterapia, riconosciuto dalle competenti autorità, come espressamente indicato dal medico responsabile del SMR, rispondendo ad una richiesta di chiarimenti da parte del TCA. Occorre qui sottolineare che, come giustamente rilevato dall'amministrazione, in una sentenza 9C_218/2008 del 4 marzo 2009, il Tribunale federale ha precisato che, con riferimento alle perizie mediche specialistiche, il perito, ai sensi della giurisprudenza, deve avere una formazione specialistica e non necessariamente essere in possesso del titolo FMH. L'Alta Corte ha infatti osservato che: " (...) Zu Unrecht macht die Versicherte geltend, die Vorinstanz habe den Sachverhalt im Sinne von Art. 97 BGG offensichtlich unrichtig festgestellt und dabei Bundesrecht im Sinne von Art. 95 BGG verletzt. Soweit sie die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens vom 11. Dezember 2006 anzweifelt mit der Begründung, mehrere der beteiligten Gutachter seien nicht Träger eines Schweizerischen FMH-Facharzttitels, sei darauf hingewiesen, dass ein Gutachter nach der Rechtsprechung über eine Fachausbildung, nicht jedoch über eine FMH-Ausbildung verfügen muss und es bei Beteiligung mehrerer Ärzte an einem Gutachten (z.B. bei einer Begutachtung durch eine MEDAS) genügt, wenn der verantwortliche Gutachter die entsprechende Fachausbildung absolviert hat (Urteil 9C_270/2008 vom 12. August 2008 E. 3.3)." Nella citata sentenza 9C_270/2008 del 12

agosto 2008, il Tribunale federale ha indicato: " (...)

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