

TI_GERICHTE 32.2011.214 vom 1. Juli 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-07-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.214

FR: TI_GERICHTE 32.2011.214 du 1 juillet 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.214 del 1 luglio 2011

Regeste

Viste le risultanze mediche accolta domanda di rinvio per completare l'istruttoria ritenuto che la natura degli accertamenti medici che dovranno essere predisposti sarà determinata dall'UAI che deve sopportare, a titolo di ripetibili, le spese della RM-colonna dorso-lombare rivelatosi determinante

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 16.01.2012 32.2011.214 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 16.01.2012 32.2011.214 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 16.01.2012 32.2011.214

Viste le risultanze mediche accolta domanda di rinvio per completare l'istruttoria ritenuto che la natura degli accertamenti medici che dovranno essere predisposti sarà determinata dall'UAI che deve sopportare, a titolo di ripetibili, le spese della RM-colonna dorso-lombare rivelatosi determinante

Raccomandata Incarto n. 32.2011.214 FS Lugano 16 gennaio 2012 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 18 agosto 2011 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 1 luglio 2011 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto che - con decisione 1. luglio 2011 – viste le risultanze della perizia reumatologica 21 dicembre 2010 del dr. _____ (doc. AI 38/1-9), del rapporto medico 3 gennaio 2011 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 39/1-4) e della valutazione 7 febbraio 2011 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 40/1-2) – l'Ufficio AI ha negato a RI 1, classe 1955, il diritto ad una rendita d'invalidità (doc. AI 55/1-4); - con il presente tempestivo ricorso, l'assicurata, per il tramite dell'avv. RA 1 – contestata la valutazione medica la cui lacunosità sarebbe ammessa dallo stesso perito e confermata dalla RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche eseguita il 7 luglio 2011 dal dr. _____ (doc. A/2) – , ha postulato l'annullamento della decisione impugnata e, in via subordinata previa esecuzione di una perizia ortopedico-reumatologica atta a verificare le capacità di carico residue, il riconoscimento del diritto ad una rendita intera; - con la risposta di causa l'Ufficio AI – sulla base delle annotazioni 8 settembre 2011 del dr. _____ (IV/bis) – ha proposto di sottoporre al perito dr. _____ l'esame 7 luglio 2011 del dr. _____ ritenuto che in base agli atti presenti all'incarto l'amministrazione conferma la decisione impugnata; - con osservazioni 21 settembre 2011 l'avv. RA 1 – ribadita la lacunosità della perizia 21 dicembre 2010 del dr. _____ e la richiesta di una perizia ortopedica previa nomina di un nuovo perito da parte del TCA – ha prodotto il disco CD in originale a compendio del referto medico del dr. _____ del 7 luglio 2011;

- con osservazioni 24 ottobre 2011 (dopo averne chiesto la proroga del termine, VIII) – vista la risposta 17 ottobre 2011 del dr. _____ (X/2) e sulla base delle annotazioni 21 ottobre 2011 del medico SMR dr. _____ (X/3) – l’Ufficio AI ha chiesto il ritorno degli atti all’amministrazione per nuovi accertamenti medici; - interpellato dal TCA, con osservazioni 28 ottobre 2011, il legale dell’insorgente, ha, in particolare, comunicato al TCA che “(...) 1. L’assicurata si dichiara d’accordo per il ritorno degli atti all’Ufficio AI ed il conseguente annullamento della decisione AI del 1° luglio 2011. Ritiene tuttavia che in caso di stralcio della causa vadano ritenute le spese, in particolare le indennità a suo favore. In effetti l’assicurata con proprie osservazioni del 23 maggio 2011 circa il progetto di decisione dell’Ufficio AI aveva attirato l’attenzione di quest’ultimo sul fatto che le perizie dei medici AI non erano complete e non corrispondevano alla reale situazione medica. Sollecitato nuovamente al 14 giugno 2011 dall’assicurata (cfr. allegati) l’Ufficio AI non aveva risposto. [...] 2. L’assicurata ha dovuto di conseguenza effettuare, a proprie spese, dei nuovi accertamenti medici che mettono in dubbio le conclusioni dell’Ufficio AI sul suo stato di salute. (...)” (XII); - con osservazioni 17 novembre 2011, con argomentazioni di cui si dirà, se necessario, in seguito, l’Ufficio AI ha concluso che “(...) nello specifico, lo scrivente Ufficio reputa che eventuali costi cagionati da accertamenti medici ai quali si è sottoposta l’assicurata non vanno messi a carico dell’Ufficio AI, ritenuto che i medesimi non hanno permesso di accertare in maniera convincente e decisiva, ai fini del giudizio, l’effettiva situazione medica della signora RI 1 (infatti, l’amministrazione ha chiesto il ritorno degli atti al TCA per procedere ad ulteriore valutazione specialistica). Pertanto, lo scrivente Ufficio chiede al lodevole Tribunale di respingere la richiesta presentata da parte ricorrente con le osservazioni del 28 ottobre 2011. (...)” (XIV); - la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell’istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell’art. 49 cpv. 2 LOG (STF 8C_855/2010 dell’11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008); - oggetto del contendere è sapere se la decisione con la quale l’Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita è conforme o meno alla legislazione federale. L’assicurata postula l’annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento del diritto ad una rendita intera; - 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 (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Secondo l’art. 28 cpv. 2 LAI 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) ; - nella fattispecie in esame – premesso che, nella perizia reumatologica 21 dicembre 2010 (doc. AI 38/1-9), il dr. _____ aveva già evidenziato che “(...) la scarsa documentazione prodotta agli atti, l'assenza di materiale radiologico portatomi alla visita peritale, non mi permettono di affermare che l'assicurata è stata finora sufficientemente indagata (...)” (doc. AI 38/5) e ritenuto inoltre che, visto il CD contenente la RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche eseguita il 7 luglio 2011 dal dr. _____, sempre il dr. _____ ha così risposto al dr. _____: “(...) ricordo di aver peritato la signora RI 1 in data 21.12.2010; rileggendo il documento peritale, noto che l'assicurata, il giorno della perizia, non ha portato il materiale radiologico fino a quel momento realizzato, limitandosi a segnalare che questo era rimasto presso la clinica _____. Per poter rispondere alla sua domanda: “le chiedo di indicare se, in considerazione dell'attuale referto radiologico, ritiene di dover modificare la sua presa di posizione o se conferma la validità del suo apprezzamento peritale” sarebbe ora utile, in questo contesto, mettere a confronto le attuali immagini di risonanza magnetica del 7.7.2011 con quelle realizzate durante il periodo antecedente la visita peritale del 21.12.2010, per capire se, dal lato prettamente morfologico strutturale, vi è stato un cambiamento tale da dover riconsiderare le conclusioni formulate il 21.12.2010. Trattandosi di immagini di risonanza magnetica, il lavoro di confronto tra le immagini precedenti del 2010 e le attuali del 7.7.2011, andrebbe fatto al meglio da uno specialista FMH in radiologia; una volta che sarò in possesso di detta valutazione, potrò esprimermi su quanto richiesto. (...)” (X/2) – questo Tribunale concorda con l'Ufficio AI che – ritenute le annotazioni 21 ottobre 2011 nelle quali il dr. _____, medico SMR, ha concluso che “(...) in considerazione dell'attuale risposta del dr. _____ le conclusioni della sua perizia 21.12.2010 non possono essere confermate senza ulteriori accertamenti (...)” (X/3) – gli atti debbano essere retrocessi all'amministrazione per nuovi accertamenti medici; - per quel che riguarda l'asserita necessità di una perizia ortopedica questo Tribunale osserva che sarà compito dell'Ufficio AI stabilire la natura degli accertamenti medici da esperire. Va qui tuttavia ricordato che anche se non ha una specializzazione in ortopedia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico. In questo senso, nella STF 9C_547/2010 del 26 gennaio 2010, il TF ha, tra l'altro, osservato che “(...) Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates; dies trifft u.a. auch auf die Orthopädie zu (Urteil 9C_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Weshalb insbesondere der Rheumatologe nicht in der Lage gewesen sein soll, die Rückenbeschwerden des Versicherten kompetent zu beurteilen, ist nicht ersichtlich (...)” (STF 9C_547/2010 del 26 gennaio 2010 consid. 4.1) ; - visto tutto quanto precede la domanda di rinvio degli atti all'Ufficio AI per completare l'istruttoria va quindi accolta con la precisazione che la natura degli ulteriori accertamenti

medici che dovranno essere predisposti sarà da determinare dall'Ufficio AI; - quanto al postulato rimborso delle delle spese di accertamento medico riferite alla RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche e alla sua valutazione eseguiti il 7 luglio 2011 dal dr. _____ (doc. A/2 e CD contenente la RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche) va rilevato quanto segue. L'art. 45 cpv. 1 LPGA stabilisce che l'assicuratore sociale assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. Secondo la giurisprudenza del TF il rimborso da parte dell'amministrazione dei costi relativi ad una perizia di parte presentata in sede ricorsuale viene concesso, nella misura in cui essa abbia permesso di accertare in maniera convincente e decisiva ai fini del giudizio l'effettiva situazione medica, evitando quindi di dover ricorrere ad una perizia giudiziaria, nell'ambito dell'assegnazione delle spese ripetibili ex art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA (DTF 115 V 62; confermato ad esempio nella STF 8C_388/2010 del 7 dicembre 2010 cosid. 10.2, 8C_673/2009 del 22 marzo 2010 cosid. 8.3.1, 8C_585/2009 cosid. 3.5; cfr. anche Kieser, ATSG Kommentar, 2010, ad art. 61 n. 113, pag. 791; Leuzinger-Naef, Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand in Sozialversicherungsrecht, in: SZS 1991 pagg. 176ss; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, pag. 131). L'assicurato ha diritto alla rifusione dei costi della perizia privata e/o degli accertamenti medici anche nel caso in cui gli stessi siano stati determinanti per il rinvio degli atti per l'espletamento di ulteriori accertamenti (vedi al riguardo, tra le altre, le STF 8C_771/2010 del 1. settembre 2011 cosid. 5.1, 8C_388/2010 del 7 dicembre 2010 cosid. 10, 8C_1062/2009 del 31 agosto 2010 cosid. 5.1, 8C_673/2009 del 22 marzo 2010 cosid. 8.3 tutte con riferimento alla STFA I 1008/2006 del 24 aprile 2007 cosid. 3); - in concreto – considerato che il dr. _____, nella lettera 17 ottobre 2011 indirizzata al dr. _____, visto il CD contenente la RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche eseguita il 7 luglio 2011 dal dr. _____, ha osservato che "(...) in considerazione dell'attuale referto radiologico [...] sarebbe ora utile, in questo contesto, mettere a confronto le attuali immagini di risonanza magnetica del 7.7.2011 con quelle realizzate durante il periodo antecedente la visita peritale del 21.12.2010, per capire se, dal lato prettamente morfologico strutturale, vi è stato un cambiamento tale da dover riconsiderare le conclusioni formulate il 21.12.2010. (...)") (X/2); ritenuto che il dr. _____, nelle annotazioni 21 ottobre 2011, ha rilevato che "(...) in considerazione dell'attuale risposta del dr. _____ le conclusioni della sua perizia 21.12.2010 non possono essere confermate senza ulteriori accertamenti (...)") (X/3) e visto che lo stesso Ufficio AI, nelle osservazioni 24 ottobre 2011, ha concluso che "(...) in considerazione della risposta del 17.10.2011 fornita dal dr. med. _____ allegata alla presente, debitamente sottoposta al vaglio del Servizio medico regionale (SMR), lo scrivente Ufficio reputa opportuno chiedere il ritorno degli atti all'amministrazione per esaminare al meglio l'aspetto medico con nuovo accertamento. (...)") (X) – questo Tribunale ritiene che essendo stati gli accertamenti medici di cui alla RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche e alla sua valutazione eseguiti il 7 luglio 2011 dal dr. _____ determinanti per il rinvio degli atti per ulteriori accertamenti, il costo degli stessi va assunto dall'Ufficio AI e pertanto all'assicurato riconosciuto il diritto a fr. 2'300.--(importo questo comprensivo delle spese necessarie alla RM-colonna dorso-lombare con sequenze dinamiche e alla sua valutazione eseguiti il 7 luglio 2011 dal

dr. _____) a titolo di ripetibili; - di conseguenza il ricorso va accolto ai sensi dei considerandi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati i necessari accertamenti medici, emetta un nuovo provvedimento; - vincente in causa, la ricorrente, patrocinata da un legale, ha diritto ad un'indennità complessiva per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa) pari a fr. 2'300.-- ; - secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § Gli atti vengono rinviati all'amministrazione affinché, effettuati gli accertamenti di cui ai considerandi, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita. 2. Le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà all'assicurata fr. 2'300.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente
Guffi
Il segretario giudice Raffaele
Fabio Zocchetti

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