

TI_GERICHTE 32.2011.24 vom 5. September 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-09-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.24

FR: TI_GERICHTE 32.2011.24 du 5 septembre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.24 del 5 settembre 2011

Regeste

Rinvio degli atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici. Questioni mediche e competenze del consulente in integrazione. Congiunzione causa. Nuova decisione emessa pendente lite

Erwägungen

E. 6

della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) enuncia i medesimi principi, ricalcando quanto previsto dall'art. 58 PA. A tale proposito l'Alta Corte ha dichiarato compatibile con il diritto federale il fatto che i Cantoni prevedano una procedura corrispondente all'art. 58 PA, fondandosi su delle disposizioni esplicite o seguendo per analogia una certa prassi (DTF 127 V 94 consid. 2; RCC 1992 pag. 123 consid. 5a, DTF 103 V 109 consid. 2). Il cpv. 1 dell'art. 6 Lptca prevede che l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare la decisione impugnata. Essa notifica immediatamente una nuova decisione alle parti e la comunica al Tribunale (cpv. 2). Quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione (cpv. 3, 1a frase). Nel caso in esame la decisione 11 marzo 2011 è stata emessa entro il termine per l'inoltro della risposta e con la stessa – sulla base del rapporto complementare 10 marzo 2011 dei consulenti in integrazione – l'amministrazione ha annullato la decisione 6 gennaio 2011 e riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. aprile 2008 al 30 aprile 2009 e ad un quarto di rendita dal 1. maggio 2009 (cfr. consid. 1.1). Contro questa decisione l'insorgente ha interposto ricorso chiedendo di riconoscergli il diritto ad una rendita intera anche dopo il 30 aprile 2009 (cfr. consid. 1.2). Con le decisioni 14 aprile 2011 (sulla base della decisione 11 marzo 2011) l'amministrazione ha invece stabilito l'importo delle prestazioni. Anche questi provvedimenti sono stati impugnati (cfr. consid. 1.3). Pertanto, non corrispondendo la proposta dell'Ufficio AI alle richieste del ricorrente, il TCA deve entrare nel merito del ricorso. Inoltre, ritenuto che l'unico oggetto delle vertenze è il grado d'invalidità alla fine del periodo nel quale gli è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera e, pertanto, l'ammontare della rendita dopo il 30 aprile 2009, anche se sono state emesse diverse decisioni e interposti tre ricorsi, il gravame va deciso con una sola decisione. Nel merito 2.4. Oggetto del contendere è sapere se le decisioni 11 marzo e 14 aprile 2011 – con le quali l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. aprile 2008 al 30 aprile 2009 e ad un quarto di rendita dal 1. maggio 2009 – sono conformi o meno alla legislazione federale. L'insorgente postula il riconoscimento di una rendita intera anche dopo il 30 aprile 2009 (cfr. consid. 1.1, 1.2 e 1.3). 2.5. 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 ad 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, 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.6. Nella fattispecie in esame, sulla base del rapporto medico 16 ottobre 2008 del dr. _____, medico SMR (doc. AI 25/1-2 dell'incarto 32.2011.24), l'Ufficio AI ha ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____ e una perizia neurologica a cura del dr. _____ (doc. AI 26/1-2 e 27/1-2 dell'incarto 32.2011.24). Il dr. _____ FMH in neurologia – avuto riguardo anche alla perizia 9 gennaio 2009 del dr. _____, FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione (doc. AI 38/1-18 dell'incarto 32.2011.24) –, nella perizia 20 febbraio 2009 (doc. AI 37/1-12 dell'incarto 32.2011.24) – posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di: "(...) • Sospetta lieve mielopatia cervicale su stenosi del canale spinale principalmente a livello C5/6 oltre ad alterazioni degenerative plurisegmentali cervicali con discopatie ai livelli C2/3, C3/4, C4/5 (con piccola ernia discale centrale), C5/6 (con più importante stenosi del canale spinale e piccola ernia discale mediana). • Minima polineuropatia sensitiva distale agli arti inferiori di origine indeterminata. • Per le diagnosi reumatologiche dettagliate rimando al rapporto peritale del dr. _____ ricordando: - esiti da impianto di emiprotesi mediale nel ginocchio destro (23.08.2007) - sindrome lombo vertebrale anamnesticca in presenza di modeste alterazioni degenerative - Sindrome cervicovertebrale cronica (...)" (doc. AI 37/6 dell'incarto 31.2011.24) –, alle domande circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione ha risposto: "(...) B. Conseguenze sulla capacità lavorativa 1. Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati - a livello psicologico e mentale - - a livello fisico predomina la problematica reumatologica valutata in dettaglio nella perizia del Dr. _____. Dal punto di vista neurologico lieve polineuropatia sensitiva distale agli arti inferiori e lieve sindrome cordonale posteriore con minimi deficit di sensibilità principalmente agli arti inferiori. - nell'ambito sociale - 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1

Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'Assicurato? Predominano i disturbi reumatologici e ortopedici discussi in dettaglio nella perizia del Dr. _____. Dal punto di vista neurologico lieve polineuropatia sensitiva agli arti inferiori e lieve sindrome cordonale posteriore con minimi deficit di sensibilità principalmente agli arti inferiori. 2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico Vedi principalmente perizia Dr. _____. 2.3 L'attività attuale è ancora praticabile? No, se non in misura massima del 30%, per le limitazioni reumatologiche-ortopediche e neurologiche descritte in dettaglio più sopra. 2.4 Se sì, in quale misura (ore al giorno)? - 2.5 E' presente inoltre una diminuzione della capacità lavorativa? - 2.6 Se sì, in che misura? - 2.7 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro dal lato medico di almeno il 20% - C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1. È possibile effettuare

provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? 1.1 Se sì, La preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione 1.2 Se no, La preghiamo di motivare Per quanto discusso dettagliatamente nella valutazione non ritengo possibile provvedimenti di integrazione professionali: la sintomatologia reumatologico-ortopedica discussa in dettaglio dal Dr. _____ è di entità tale da rendere il paziente inabile al lavoro almeno al 70%. A questa problematica si aggiunge anche se più discreta la sintomatologia neurologica che contribuisce ad accentuare le limitazioni del paziente. 2. È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto attuale? No.

2.1 Se sì, con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro)? -

2.2 Secondo Lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? - 3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Teoricamente l'A. sarebbe in grado di svolgere altre attività.

3.1. Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? Le esigenze principali sono state elencate in modo dettagliato nel rapporto del Dr. _____ e rimando dunque a quest'ultimo. 3.2 In che

misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno)? Vedi valutazione del Dr. _____. 3.3. È presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro? Vedi valutazione del Dr. _____.

3.4. Se sì in che misura? - 3.5.

Qualora non fossero possibili altre attività: per quali motivi? - (...)" (doc. AI 37/8-10 dell'incarto 31.2011.24) Interpellato dal dr. _____ - con lettera 4 novembre 2010 (viste le osservazioni 12 febbraio 2010 del dr. _____ al progetto d'assegnazione di rendita 18 gennaio 2010, le proprie annotazioni 9 marzo 2009 e evidenziate delle contraddizioni nella perizia) il medico SMR lo aveva invitato ad esprimersi in merito (doc. AI 71/1-2 dell'incarto 32.2011.24) - , il dr. _____, con scritto 15 novembre 2011 (doc. AI 74/1-2 dell'incarto 32.2011.24), ha concluso che "(...) ritengo che vi siano state delle incomprensioni nell'interpretazione delle conclusioni peritali. In particolare il problema mi sembra costituito dal fatto che era stata ipotizzata, in linea puramente teorica, una capacità lavorativa relativamente elevata (del 70%) ma questa a condizione che venissero rispettati integralmente i limiti definiti in modo preciso dal Dr. _____. Essendo questi limiti estremamente ristretti e severi era stato ritenuto sottointeso, e per questo non ulteriormente precisato se non nelle domande al punto C1.2, che l'Assicurato fosse in effetti inabile al lavoro al 70%. Tenendo conto di quanto più sopra discusso mi permetto di avanzare seri dubbi sulle possibilità di reintegrazione professionale negli ambiti

proposti dal consulente IP. (...)” (doc. AI 74/2 dell’incarto 32.2011.24). Al riguardo il dr. _____, nelle annotazioni 17 novembre 2010, ha evidenziato che “(...) in sostanza il dr. _____ ribadisce quanto avevo concluso nel rapporto SMR, che i limiti dati (prevalentemente dalla patologia reumatologica) sono molto ristretti e medico teorici, ritenendo in sostanza che tali condizioni medico teoriche difficilmente si rendano possibili in pratica (questo è il compito del CIP). (...)” (doc. AI 75/1 dell’incarto 32.2011.24). Il dr. _____, FMH in neurologia, nel rapporto 19 marzo 2011 indirizzato all’avv. RA 1 (atto questo prodotto nell’ambito del ricorso interposto contro la decisione 11 marzo 2011 dell’Ufficio AI, sub doc. B dell’incarto 32.2011.126), ha attestato: " (...) Ho rivisto il paziente sopra menzionato il 13.1.11, mi ha informato del decorso e confermo un quadro di difficoltà sostanzialmente invariato, posso dunque confermare le diagnosi neurologiche precedentemente poste, in particolare: - Una mielopatia , dimostrata dal quadro clinico e dalle alterazioni della conduzione sensitiva all'esame elettrofisiologico dei potenziali evocati somato-sensoriali, di possibile origine compressiva cervicale ma di eziologia non certa. - Una polineuropatia sensitiva , verosimilmente idiopatica con una sintomatologia dominante di una atassia alla marcia (disturbo di equilibrio). - Una sindrome cervicale cronica con/su ■ alterazioni degenerative multisegmentali ■ canale cervicale stretto - Degli esiti di impianto di emiprotesi ginocchio destro con persistenti dolori periarticolari Per quanto si attiene alle diagnosi sopra esposte, vorrei precisare quanto segue: A. La mielopatia è un malattia del midollo spinale che porta ad un'alterata funzionalità di parte o di tutti i fascicoli che lo compongono, dimostrabile ai test elettrofisiologici che portano, in caso di una compromissione delle fibre sensitive, ad un'atassia (disturbo dell'equilibrio), un disturbo con un'alterata percezione cutanea, della postura e del controllo delle estremità. Si tratta di una malattia del sistema nervoso centrale, di regola permanente in quanto i meccanismi rigenerativi nel sistema nervoso centrale risultano notoriamente inefficaci. B. La polineuropatia è invece un'affezione del sistema nervoso periferico, con un coinvolgimento dei nervi cranici o dei nervi a destinazione degli arti con, nel caso specifico, una disfunzione delle fibre di tipo sensitivo che conducono gli impulsi dalla periferia al midollo spinale i segnali atti alla percezione delle nostre estremità per poi permettere al sistema nervoso centrale una regolazione dell'equilibrio, della postura ecc.. Nel caso specifico le disfunzioni sopra esposte in assenza di un'adeguata presa a carico ed applicazione delle necessarie misure di protezione del paziente, sono risultate le cause che hanno portato a ripetute cadute ed un conseguente sovraccarico prima e trauma poi, delle articolazioni degli arti inferiori, con conseguente sviluppo dei problemi ortopedici di cui il paziente oggi è portatore. C. Per quanto si attiene alla sindrome cervicale, patologia di per sé, in forma lieve estremamente diffusa nella popolazione e perlopiù associata ad isolate patologie. Questa nel caso in esame, in considerazione delle associate patologie sopra esposte, ha portato ad un'ulteriore significativa limitazione delle possibilità funzionali del paziente, rendendo molto problematica la sua cura. Fatte queste premesse, posso ora rispondere alla domanda sulla limitazione nell'esercizio di un'attività lavorativa. Il paziente, nei molti anni di attività professionale svolta sempre presso lo stesso datore di lavoro, aveva raggiunto di poter svolgere un'attività relativamente variata, che gli permetteva un continuo cambiamento della postura, un allenamento dell'equilibrio, mantenendosi frequentemente in moto. Nonostante questo i problemi cervicali, hanno viepiù indotto dolori cronici con alterazioni al sonno, ma soprattutto i problemi neurologici hanno portato ad un'insicurezza alla marcia che ha favorito le cadute e le complicazioni ortopediche. La ripresa di un'attività di operai nel libero mercato del lavoro risulta a mio giudizio verosimilmente incompatibile con lo

stato di salute del paziente, in quanto ogni attività ripetitiva, in presenza di un canale cervicale stretto, di problemi degenerativi del rachide, portano ad un ulteriore aggravamento del circolo vizioso, sindrome irritativa – dolore – contratture – sindrome irritativa, così da produrre una severa limitazione della capacità di controllo delle proprie attività. Il reinserimento nel mondo del lavoro, nelle attività precedentemente svolte, era stato d'altronde già attestato, nella fase iniziale di procedura, dagli stessi consulenti per l'integrazione AI. Quali ulteriori misure alle quali non sembrerebbe essere emersa una sufficiente considerazione e che necessitano di un'ulteriore precisazione, ricordo che, come già indicato dal dr. _____, il paziente non può essere esposto a situazioni di scarso equilibrio e quale unica misura "neurologica", che si è rivelata efficace in questi anni nell'evitare ulteriori rovinose cadute, vi è l'utilizzo regolare e sistematico, in ogni spostamento, di un bastone o stampella. Fatte queste premesse posso dunque confermare, che il paziente mi risulta inabile a svolgere nelle usuali condizioni del libero mercato del lavoro, una qualsivoglia attività lavorativa di operaio generico, con tempi di occupazione e rendimenti finale superiori al 30%, senza rischio di compromettere gravemente il suo stato di salute, come d'altronde è già parzialmente avvenuto. (...)" (doc. B dell'incarto 32.2011.126) Al riguardo il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 18 aprile 2011 ha concluso che "(...) in considerazione della contrastante valutazione dei 2 neurologi indicata valutazione peritale in ambito SAM (neurologico, reumatologico) per definire con precisione i limiti funzionali e l'esigibilità che tiene conto della globalità della patologia. (...)" (VII/bis dell'incarto 32.2011.126). 2.7. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; 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, 122 V 161, 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 2003, pag. 453). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U

330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...) (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per

gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, op. cit., ad art. 28a, pag. 353). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesa posta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale osserva che, per i motivi che seguiranno, da una parte la perizia del dr. _____ (che ha tenuto conto anche di quella del dr. _____) non é univoca e inequivocabile circa le conclusioni in merito alla capacità lavorativa residua in un'attività adeguata, dall'altra nemmeno sulla base degli atti la situazione valetudinaria al riguardo é chiara. In simili circostanze (e per questa ragione, limitatamente al diritto ad un quarto di rendita riconosciuto dal 1. maggio 2009, le decisioni impugnate vanno annullate e gli atti gli rinviati per ulteriori accertamenti) l'amministrazione avrebbe dovuto intraprendere ulteriori accertamenti al fine di stabilire compiutamente la capacità lavorativa residua in un'attività adeguata. In questo senso anche il TF – (nella STF 9C_646/2010 del 23 febbraio 2011, confermata ancora al consid. 4.4.1.4 della STF 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 destinata alla pubblicazione) chiamato a pronunciarsi in un caso in cui la perizia ordinata dall'amministrazione non risultava essere inequivocabile e conseguentemente gli atti chiari – ha annullato il provvedimento impugnato e rinviato gli atti all'Ufficio AI sviluppando la seguente considerazione: "(...) Angesichts der fehlenden Eindeutigkeit des Gutachtens und der insoweit unklaren Aktenlage hätte die Vorinstanz weitere Abklärungen über die verbleibende Leistungsfähigkeit der Beschwerdegegnerin in die Wege leiten müssen. Indem sie dies unterliess und sich abschliessend auf die unklaren Ausführungen des Gutachters stützte, hat sie den Sachverhalt unvollständig festgestellt und den Untersuchungsgrundsatz verletzt, was vom Bundesgericht als Rechtsverletzung zu berücksichtigen ist (E. 1 hiervor; Urteil 9C_85/2009 vom 15. März 2010 E. 3.5 mit Hinweisen). Die Sache ist daher an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie in diesem Punkt weitere Abklärungen in die Wege leite und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdegegnerin neu verfüge. (...)" (STF 9C_646/2010 del 23 febbraio 2011 consid. 4). In concreto, il dr. _____, nella perizia 20 febbraio 2009 (doc. AI 37/1-12 dell'incarto 32.2011.24), se da una parte, in sede di valutazione e prognosi, ha evidenziato che "(...) per un'attività che tenga conto in modo scrupoloso di tutte le limitazioni funzionali elencate dal Dr. _____ nella sua perizia e delle meno importanti ma non irrilevanti limitazioni neurologiche da me sopra citate, ritengo che l'A. possa essere considerato abile al lavoro nella misura del 70% intesa come riduzione del rendimento dovuta alla combinazione delle patologie ortopediche-reumatologiche e neurologiche. (...)" (doc. AI 37/8 dell'incarto 32.2011.24),

dall'altra ha negato la possibilità di una reintegrazione e ha addotto che "(...) per quanto discusso dettagliatamente nella valutazione non ritengo possibile provvedimenti di integrazione professionali: la sintomatologia reumatologico-ortopedica discussa in dettaglio dal Dr. _____ è di entità tale da rendere il paziente inabile al lavoro almeno al 70%. A questa problematica si aggiunge anche se più discreta la sintomatologia neurologica che contribuisce ad accentuare le limitazioni complessive del paziente. (...)" (doc. AI 37/10 dell'incarto 32.2011.24). Interpellato al riguardo, il dr. _____ ha confermato un'inabilità al lavoro del 70% senza tuttavia distinguere chiaramente gli aspetti medici di sua competenza da quelli che rientrano nei compiti del consulente in integrazione (per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348)) : "(...) ritengo che vi siano state delle incomprensioni nell'interpretazione delle conclusioni peritali. In particolare il problema mi sembra costituito dal fatto che era stata ipotizzata, in linea puramente teorica, una capacità lavorativa relativamente elevata (del 70%) ma questa a condizione che venissero rispettati integralmente i limiti definiti in modo preciso dal Dr. _____. Essendo questi limiti estremamente ristretti e severi era stato ritenuto sottointeso, e per questo non ulteriormente precisato se non nelle domande al punto C1.2, che l'Assicurato fosse in effetti inabile al lavoro al 70%. Tenendo conto di quanto più sopra discusso mi permetto di avanzare seri dubbi sulle possibilità di reintegrazione professionale negli ambiti proposti dal consulente IP. (...)" (doc. AI 74/2 dell'incarto 32.2011.24). D'altra parte, la valutazione del dr. _____ che ha confermato una capacità lavorativa residua in un'attività adeguata del 70% osservando che "(...) in sostanza il dr. _____ i ribadisce quanto avevo concluso nel rapporto SMR, che i limiti dati (prevalentemente dalla patologia reumatologica) sono molto ristretti e medico teorici, ritenendo in sostanza che tali condizioni medico teoriche difficilmente si rendano possibili in pratica (questo è il compito del CIP). (...)" (doc. AI 75/1 dell'incarto 32.2011.24) è stata smentita dal collega dr. _____. Infatti – nonostante nel rapporto 19 marzo 2011 (doc. B dell'incarto 32.2011.126 riprodotto in esteso al consid. 2.6) il dr. _____, anch'egli tuttavia non distinguendo chiaramente considerazioni mediche con elementi che rientrano nella sfera di competenze del consulente in integrazione, ha confermato tanto le diagnosi poste quanto uno stato valetudinario sostanzialmente invariato – il dr. _____, ritenute irrisolvibili le differenti valutazioni neurologiche agli atti, ha concluso che "(...) in considerazione della contrastante valutazione dei 2 neurologi (nдр. si riferisce al dr. _____ e al dr. _____) indicata valutazione peritale in ambito SAM (neurologico, reumatologico) per definire con precisione i limiti funzionali e l'esigibilità che tiene conto della globalità della patologia. (...)" (VII/bis dell'incarto 32.2011.126). Viste le risultanze mediche su enunciate questo Tribunale deve pertanto concludere che, senza gli ulteriori accertamenti medici che

dovrà predisporre (il dr. _____, ha indicato la necessità di una perizia pluridisciplinare a cura del SAM), l'Ufficio AI non poteva ancora concludere con la sufficiente tranquillità per una capacità lavorativa residua in un'attività adeguata del 70%. In simili circostanze – ribadito che per quanto attiene alla capacità lavorativa in un'attività adeguata la situazione deve essere ancora acclarata nel senso di stabilire se l'incapacità lavorativa non sia in realtà (e in che misura) superiore a quella del 30% ritenuta dall'amministrazione – le decisioni impugnate, limitatamente ai dispositivi con i quali hanno riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1. maggio 2009 e fissato l'importo a complessivi fr. 569.--, vanno annullate e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché, esperiti gli accertamenti medici sopra evidenziati, si pronunci nuovamente sul grado d'invalidità e sull'importo della rispettiva rendita. In questo senso, tanto la domanda di audizione quale teste del dr. _____ quanto l'erezione di una perizia pluridisciplinare (cfr. consdi. 1.2 e 1.3), vanno disattese in quanto superate dal rinvio degli atti all'amministrazione. Per quel che riguarda la valutazione economica, ritenuto che la situazione medica deve essere ulteriormente indagata, al momento attuale non è possibile esprimersi compiutamente. Al riguardo il TCA evidenzia come il dr. _____ abbia ritenuto indicata una perizia pluridisciplinare a cura del SAM proprio "(...) per definire con precisione i limiti funzionali e l'esigibilità che tiene conto della globalità della patologia. (...)") (VII/bis dell'incarto 32.2011.126) e ricorda che 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 (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485; nella STFA I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare). Quanto alla censura secondo la quale le decisioni 11 marzo e 14 aprile 2011 non avrebbero rispettato la procedura del preavviso ai sensi dell'art. 57a LAI (cfr. il punto 6 dei ricorsi 11 e 23 aprile 2011 degli incarti 32.2011.126 e 32.2011.235), il TCA osserva quanto segue. Innanzitutto va rilevato che il diritto di essere sentito – tutelato dall'art. 42 LPGA e dall'art. 57a LAI che, andando oltre al diritto di essere sentito ex art. 29 cpv. 2 Cost. fed., conferisce all'assicurato la possibilità di esprimersi non solo sull'oggetto in questione ma anche sul progetto di decisione (vedi la STFA 9C_617/2009 del 15 gennaio 2010 consid. 2.1) – è stato salvaguardato. Infatti, con la decisione 11 marzo 2011 (con la quale oltre alla rendita intera dal 1. aprile 2008 al 31 aprile 2009 è stato riconosciuto anche il diritto ad un quarto di rendita dal 1. maggio 2009) l'Ufficio AI ha annullato e sostituito quella del 6 gennaio 2011 preavvisata con progetto 18 gennaio 2010 e con il ricorso l'insorgente ha sostanzialmente riprodotto le medesime argomentazioni già addotte contro la precedente decisione del 6 gennaio 2011. Del resto, secondo Müller, il preavviso non è necessario nel caso di una riconsiderazione pendente lite (Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Berna 2010, § 29, nota marginale 2100, pag. 413: "(...) Kein Vorbescheid ergeht bei einer Wiedererwägung lite pendente (...)"). Quanto alle decisioni 14 aprile 2011, le stesse hanno solo stabilito l'importo (in quanto tale non contestato) spettante all'assicurato e fissato una prestazione complessiva di fr. 2'234.-- dal 1. aprile 2008 al 30 aprile 2009 e di fr. 569.-- dal 1. maggio 2009. Al riguardo va qui segnalata la DTF 134 V 97 nella quale l'Alta Corte – evidenziati i compiti dell'Ufficio AI rispettivamente delle casse di compensazione, osservato che dal tenore della legge nelle tre lingue nazionali non è possibile escludere che l'art. 57a prima frase LAI si riferisse solo alle decisioni prese dall'Ufficio AI e confermata l'interpretazione sistematica anche avuto

riguardo a quella storica – ha concluso che “(...) prima di emanare una decisione che riduce una rendita d’invalidità con effetto retroattivo a seguito di un nuovo calcolo del reddito annuo medio determinante, l’autorità competente deve dare all’assicurato la possibilità di esprimersi senza dover seguire una procedura di audizione preliminare. La regolamentazione della procedura di audizione preliminare all’art. 73bis cpv. 1 OAI è conforme alla legge. (...)” (regesto della DTF 134 V 97). In concreto, visto che nel caso di specie per il calcolo della rendita non era necessaria la procedura del preavviso e ribadito che l’assicurato non ha contestato gli importi e il metodo di calcolo sia della rendita intera che del quarto di rendita, nemmeno egli è stato in qualche modo leso nel suo diritto di essere sentito.

2.9. L’assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Visto l’esito dei ricorsi, l’assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell’Ufficio AI di fr. 2’500.-- a titolo di ripetibili (art. 61cpv. 1 lett. g LPGA). Secondo la costante giurisprudenza del TF l’assegnazione di ripetibili rende priva di oggetto l’istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3, STF 9C_313/2008 del 6 marzo 2009 consid. 6, STF I 911/06 del 2 febbraio 2007 consid. 9).

2.10. 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.

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