

TI_GERICHTE 32.2011.296 vom 6. Oktober 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-10-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.296

FR: TI_GERICHTE 32.2011.296 du 6 octobre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.296 del 6 ottobre 2011

Regeste

Revisione della rendita. L'amministrazione ha correttamente respinto la richiesta di aumento del grado d'invalidità, in quanto lo stato di salute dell'assicurato è sostanzialmente rimasto invariato

Erwägungen

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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi

sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente

psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. 2.8.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che nel rapporto del 21 aprile 2011 ha diagnosticato una distimia (ICD10 F34.1). Secondo il perito, l'assicurato non è stato in grado di rientrare nel mondo del lavoro essenzialmente per la difficoltà di reperire un'occupazione che richieda un impegno fisico che sia adeguato alla sua condizione fisiologica ed in parte all'età. Dal punto vista strettamente psichico "pur persistendo una certa compromissione affettiva" questa non è di entità tale da limitare la sua capacità lavorativa in misura superiore al 30% dal mese di maggio 2008 (doc. AI 69-35). Va qui rammentato che, secondo la giurisprudenza federale, la diagnosi di distimia non è, in quanto tale, invalidante. Essa può tuttavia essere considerata invalidante quando è associata ad altri disturbi gravi della personalità. Ad esempio in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, il Tribunale federale ha sviluppato le seguenti considerazioni a proposito della distimia: " (...)

E. 4.2

In questo contesto, il Tribunale cantonale ha giustamente esplicitato il concetto per cui un disturbo psichico non deve necessariamente provocare un'incapacità lavorativa invalidante. Ciò vale in particolare nel caso – come quello di specie – in cui la diagnosi pronunciata mette in evidenza un danno di lieve entità.

E. 4.3

Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio – a seconda delle circostanze – effetti invalidanti (sentenze I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; I 834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; I 488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia "unicamente" una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008/IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06])." Nella sentenza cantonale del 10 marzo 2008 (inc. 32.2007.158), il TCA aveva rammentato le caratteristiche della distimia, e meglio: " F34.1 Distimia Si tratta di una depressione cronica del tono dell'umore, della durata di almeno alcuni anni, che non è sufficientemente grave, o nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (F33.-). ● Nevrosi depressiva ● Disturbo di personalità depressivo Depressione nevrotica Depressione

ansiosa persistente Esclude: depressione ansiosa (lieve o non persistente) (F41. 2) Note diagnostiche Sebbene gli attuali sintomi non giustifichino una diagnosi di sindrome depressiva, una diagnosi di distimia può essere ancora posta se ciò si è verificato in passato, particolarmente dall'esordio della malattia. Il bilancio tra le singole fasi di depressione lieve e i periodi intervallari di relativa normalità è molto variabile. La distimia ha molto in comune con i concetti di nevrosi depressiva e di depressione nevrotica. DCR-10 A. Vi deve essere un periodo di almeno due anni in umore depresso costante o costantemente ricorrente. I periodi intervallari di umore normale durano raramente più di qualche settimana e non vi sono episodi ipomaniacali. B. Nessuno, o molto pochi, degli episodi depressivi, durante tale periodo di almeno due anni, sono di gravità o durata tale da soddisfare i criteri per la sindrome depressiva ricorrente lieve (F.33.0). C. Durante almeno alcuni dei periodi depressivi, debbono essere presenti almeno tre degli aspetti seguenti: (1) energia o attività ridotta (2) insonnia (3) perdita di fiducia in se stesso o sentimenti di inadeguatezza (4) difficoltà di concentrazione (5) pianto frequente (6) perdita di interesse o di piacere nell'attività sessuale e in altre attività piacevoli (7) sentimenti di disperazione o di sconforto (8) vissuto di incapacità di far fronte alle ordinarie responsabilità della vita quotidiana (9) pessimismo circa il futuro o rimuginazioni sul passato (10) isolamento sociale (11) produzione verbale ridotta. Note diagnostiche Se lo si considera, si può specificare se l'esordio è stato precoce (nella tarda adolescenza o nella terza decade di vita) o tardivo (abituamente tra i 30 o i 50 anni, dopo un episodio affettivo)." (cfr. "ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali". Ed. Masson, Milano 2003, pag. 136-137)." Il Tribunale federale ha confermato la propria giurisprudenza in una sentenza 9C_922/2009 del 9 luglio 2010, nella quale ha approvato la decisione dell'amministrazione, avallata dai primi giudici, di sopprimere, in sede di revisione, il diritto ad un quarto di rendita di invalidità del quale beneficiava un'assicurata. In tale occasione, la nostra Massima Istanza ha ritenuto corretta la valutazione del SMR di considerare l'assicurata, affetta da distimia e da disturbo della personalità con tratti immaturi e dipendenti, pienamente abile al lavoro in attività adatte, distanziandosi in tal modo dalle risultanze della perizia psichiatrica, che concludeva per contro per un'incapacità lavorativa del 40%. Nella presente fattispecie la diagnosi di distimia posta dal medico psichiatra del SAM non è associata ad altri disturbi gravi della personalità. Secondo il perito infatti " non sono emersi elementi deponenti per uno stato depressivo grave o una destrutturazione patologica della personalità così come non sono emersi limiti significativi delle sue funzioni cognitive " (doc. AI 69-35). La distimia che affligge l'assicurato non costituisce dunque una patologia psichiatrica sufficiente per comportare una diminuzione della capacità lavorativa residua nella misura indicata dal Dr. Lazzarini alla luce dei criteri posti dalla giurisprudenza federale. A corroborare la valutazione del Dr. _____ vi è il rapporto del 24 febbraio 2012 del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, svolto per conto dell'assicuratore _____ in ambito LAINF e prodotto dal ricorrente, nel quale lo specialista ha confermato sia la diagnosi di distimia (ICD-10: F34.1) che l'incapacità lavorativa non superiore al 30% da non sommare alla componente organica (doc. B4). 2.8.2. Per quanto riguarda la patologia reumatologica , l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, che nel referto del 26 aprile 2011 ha diagnosticato una " Sindrome cervicolumbospondilogenica cronica a sinistra in: - Note discopatie cervicali (condrosi C5-C6, osteocondrosi C6-C7). - Note discopatie lombari (iniziale osteocondrosi

prevalentemente dorsale L2-L3, osteocondrosi L4-L5, ernia discale centrale L5-S1 alla MRI lombare dell' 11.8.2008); - Spondilosi iperostotica; - esiti da morbo di Scheuermann. - esiti da fratture dei processi trasversi bilaterali L2-L3, del processo spinoso D3, dopo politrauma del 19.5.2008; - disturbi statici del rachide (appiattimento della colonna dorsale con scoliosi sinistroconvessa cervico-dorsale, iperlordosi terminale lombare); - decondizionamento muscolare. Periartropatia omero- scapolare a sinistra su: - Artrosi acromio-claveare, rottura parziale del tendine muscolo sopraspinato a sin. (artro-RM spalla sin. del 29.1.2009). Periartropatia omero-scapolare calcifica a destra su: - Artrosi acromeoclaveare” (doc. AI 69-42). A mente del perito l'insorgente è abile al lavoro al 50% nella sua ultima attività lavorativa di cameriere, mentre in un'attività adeguata l'abilità è piena dal 6 febbraio 2009 (doc. AI 69-43). Ritenuto che nella decisione del 3 maggio 2010 l'assicurato era stato messo al beneficio di un quarto di rendita d'invalidità dal 1° maggio 2009, sulla base della valutazione del Dr. _____ che aveva ritenuto RI 1 inabile al 100% nella precedente attività di cameriere e abile 4 ore e mezza (50%) in un'attività adeguata, questa Corte ha ritenuto opportuno interpellare l'Ufficio AI, in merito a questa differente valutazione, ponendo i seguenti quesiti: " (...) 1) In cosa consiste il miglioramento del quadro clinico dell'assicurato che ha consentito di portare il grado d'incapacità lavorativa dal 100% (ultima attività), rispettivamente 4 ore mezza (attività adeguate), secondo la valutazione del Dr. _____, ad un'abilità al 50% (ultima attività), rispettivamente piena abilità (attività adeguate) secondo il Dr. _____ ? 2) Qualora non si trattasse di un miglioramento chiarisca il perito nel dettaglio le ragioni della differente valutazione.” (doc. XV) Il Dr. _____ ha fornito le seguenti risposte: " (...) Nel suo scritto del 15.10.2012, si evidenzia che la mia valutazione della capacità lavorativa si discostava dalla precedente valutazione da parte del Dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna del servizio medico regionale dell'ufficio AI del cantone Ticino; ho dunque ripreso atto della valutazione del Dr. _____ del 6.4.2009, il quale nella sua valutazione conclusiva scriveva: “risultano medicalmente giustificate tutte le incapacità lavorative fino ad oggi documentate e certificate. L'assicurato ha svolto come ultima attività lavorativa dal 1977 un'attività di cameriere. Ad oggi in tale attività si conferma un'incapacità lavorativa del 100%. Incapacità lavorativa giustificata dal fatto che l'assicurato ad oggi presenta una limitazione alla spalla sinistra, difficoltà nella deambulazione per alterata sensibilità all'arto inferiore di sinistra di non univoca interpretazione. Netta riduzione di forza di presa della mano sinistra (assicurato mancino). In tutte le attività lavorative rispettose dei limiti funzionali sopraelencati risulta esigibile un'attività lavorativa di 4 ore e mezza al giorno con rendimento normale. Attività lavorativa esigibile dal 06.02.2009 in accordo con quanto certificato dal medico curante Dr. _____”. Osservo che il Dr. _____ per stabilire la capacità lavorativa nell'ultima attività professionale espletata di cameriere rispettivamente in attività adatte allo stato di salute, come medico specialista in medicina interna, non ha semplicemente preso atto delle patologie di stretta competenza reumatologica, ma ha tenuto pure conto di eventuali deficit neurologici di non univoca interpretazione; penso dunque che ciò abbia portato a codificare un'incapacità lavorativa dell'assicurato maggiore di quella da me giudicata sia nell'attività professionale da ultimo svolta dall'assicurato rispettivamente in attività adatta al suo stato di salute. A riguardo delle patologie di pertinenza neurologica, si è poi separatamente espresso lo specialista FMH in neurologia Dr. _____ di _____ il 2.5.2011, nel contesto della perizia pluridisciplinare, quindi a distanza di circa 1 settimana dalla data della visita reumatologica presso il sottoscritto. Va inoltre tenuto conto del fatto che l'assicurato

circa 2 mesi prima della valutazione dallo specialista FMH in medicina interna Dr. _____ presso il servizio medico regionale dell' AI a Bellinzona il 6.4.2009, era stato degente presso la clinica di riabilitazione di _____ dall' 1.12.2008 al 6.2.2009 dove erano state poste le diagnosi reumatologiche a fine degenza di: “sindrome algica lombospondilogenica con irradiazione soprattutto a sinistra con/su alterazioni degenerative senza compromissione rilevante delle strutture nervose alla risonanza magnetica della colonna lombare del 2008, diagnosi di sindrome algica spondilogenica cervicobrachiale a sinistra con ernia discale C6/C7 mediolaterale sinistra con stenosi foraminale C7 a sinistra alla risonanza magnetica dell' agosto 2008, senza segni clinici di sindrome radicolare irritativa o deficitaria, di importante impingement subacromiale della spalla sinistra su artrosi acromioclaveare attivata ed ipertrofica con rottura parziale del tendine sopraspinato a sinistra (artroresonanza magnetica alla spalla sinistra del 29.1.2009)”; durante il soggiorno presso la clinica di riabilitazione a _____, l' assicurato veniva pure sottoposto ad esame EFL, durante il quale si notava una chiara autolimitazione da parte del paziente, il quale, quando non osservato, evidenziava una caricabilità chiaramente migliore; sulla base di tutti questi dati, la clinica, in un certificato d' incapacità lavorativa del 5.2.2009, attestava una capacità lavorativa del 50% come cameriere dal 6.2.2009, intesa come mezza giornata, consigliava un lavoro leggero in posizione variata, senza lavori con il braccio sinistro sopra l' orizzontale, senza situazioni di stress elevato. Prendendo atto delle patologie di stretta competenza reumatologica, la mia valutazione della capacità lavorativa nell' ultima attività professionale come cameriere, rispettivamente in attività adatta allo stato di salute, del 26.4.2011, ricalca dunque quanto già espresso dagli specialisti della clinica di riabilitazione di _____, sulla base anche di un esame EFL. Sulla base delle considerazioni fatte, rispondo ora alle domande di pertinenza reumatologica, numero 1 e numero 2, inoltrate dal Tribunale Cantonale delle Assicurazioni il 3.10.2012, all' ufficio assicurazione invalidità del cantone Ticino: 1) In cosa consiste il miglioramento del quadro clinico dell' assicurato che ha consentito di portare il grado d' incapacità lavorativa dal 100% (ultima attività), rispettivamente 4 ore mezza (attività adeguate), secondo la valutazione del Dr. _____, ad un' abilità al 50% (ultima attività), rispettivamente piena abilità (attività adeguate) secondo il Dr. _____ ? La differente valutazione del sottoscritto della capacità lavorativa in attività adeguate rispettivamente nell' ultima attività espletata come cameriere, viene motivata dal fatto che il sottoscritto ha tenuto unicamente conto delle patologie strettamente attinenti al suo campo di specialità, come specialista FMH in reumatologia e non di possibili deficit neurologici ai quali ha fatto riferimento il Dr. _____, patologie reumatologiche prese in considerazione, in ambito peritale interdisciplinare, dallo specialista FMH in neurologia Dr. _____ di _____, in data 2.5.2011. 2) Qualora non si trattasse di un miglioramento chiarisca il perito nel dettaglio le ragioni della differente valutazione. La risposta alla domanda no. 2 è stata integrata nella risposta alla domanda no.1.” (doc. XVIII1) I periti del SAM nello scritto del 5 novembre 2012 hanno aggiunto che il Dr. _____ non elenca nelle sue diagnosi la presenza di una sindrome da impingement alla spalla sinistra, patologia diagnosticata invece nella precedente valutazione del Dr. _____. Questo cambiamento di diagnosi – secondo i periti del SAM – “suppone un certo miglioramento almeno a livello funzionale della spalla sin.” (doc. XVIII1). Il TCA – anche alla luce dell' esaustiva risposta del Dr. _____ e dei periti del SAM – non ha motivo per scostarsi dalla valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua

dell'interessato. Per quanto riguarda la perizia del Dr. _____ – svolta in ambito LAINF (doc. B2) – si rinvia al consid. 2.8.4. 2.8.3. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, che nel referto del 2 maggio 2011 ha diagnosticato una “ stato dopo politrauma con trauma cranico grave con: probabili lesioni traumatiche lieve intracraniche emorragiche (DD cavernomi) lievi deficit neuropsicologici (mnestici, esecutivi e attentivi) lieve emisindrome sensitiva facio-brachio-crutale a sinistra di origine incerta (probabilmente in parte almeno postraumatica)” (doc. AI 69-47). Il perito ha ritenuto l'assicurato inabile al 50% nell'attività da ultimo svolta e per qualunque proponibile, a partire dalla dimissione dalla clinica di _____, nel mese di febbraio 2009, (doc. AI 69-48). Il TCA non ha motivo per distanziarsi neppure da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Non permette una diversa valutazione della fattispecie neppure la perizia del 17 aprile 2012 del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, svolta per conto della _____, nella quale lo specialista ha posto una diagnosi sostanzialmente sovrapponibile a quella del Dr. _____ e posto la medesima percentuale d'incapacità lavorativa sia in attività abituale che in attività adeguate (doc. B3).

2.8.4. Quanto infine alla questione della valutazione globale delle patologie di cui soffre l'assicurato, va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella causa in esame è stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che “una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo”. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Nel referto peritale del 21 luglio 2011 la Dr.ssa _____ e la Dr.ssa _____, hanno indicato che l'assicurato presenta delle limitazioni a livello reumatologico, neurologico/neuropsicologico e psichiatrico. Secondo i periti, complessivamente rispetto al 2009 non vi è stato un cambiamento della capacità funzionale e di carico residua dell'assicurato. Egli viene considerato inabile completamente dal 19 maggio 2008 (data dell'evento infortunistico) al mese di febbraio 2009 quando - secondo il Dr. _____ - vi è già abilità al 50% (doc. AI 69-43). In questo senso va pure il rapporto d'uscita del 9 febbraio 2009 della clinica di riabilitazione di _____ nel quale veniva certificata una capacità lavorativa del 50% come cameriere e in un'attività adatta (50% sull'arco di tutto il giorno) (doc. AI 11-3, 69-21). La patologia psichiatrica, che ha richiesto una cura specialistica dal novembre 2009, non viene ritenuta un motivo per aumentare l'incapacità

lavorativa, “ in quanto è da interpretare come conseguenza delle preoccupazioni economiche e del perdurare dei limiti fisiatrici ” (doc. AI 69-25). In considerazione di quanto indicato anche al consid. 2.7.1, ovvero che nella fattispecie la distimia che affligge l'assicurato non costituisce una patologia psichiatrica sufficiente per comportare una diminuzione della capacità lavorativa, il TCA non vede ragioni di scostarsi da questa valutazione. In attività adeguata – sempre secondo i periti del SAM – la capacità lavorativa dell'assicurato non può superare il 50% a causa della patologia neurologica. Anche in questo caso non è stato riscontrato un cambiamento della capacità funzionale e di carico residua dell'assicurato rispetto al 2009 (doc. AI 69-25+26). Il TCA, sempre in data 3 ottobre 2012, ha interpellato i periti del SAM anche per quanto riguarda la valutazione globale delle patologie (doc. XV). " (...) 3) Per quanto riguarda l'aspetto neurologico rileviamo che il perito Dr. _____ nel referto del 2 maggio 2011 ha ritenuto l'assicurato inabile al 50% nell'attività da ultimo svolta e per qualunque proponibile, a partire dal mese di febbraio 2009. 3a) Quale influsso ha l'incapacità lavorativa in ambito neurologico (50%) sulla valutazione globale ? 3b) Per quale motivo viene mantenuta la percentuale globale d'inabilità del 50%, come già indicato nell'aprile 2009 dal Dr. _____ quando la diagnosi era sostanzialmente limitata alla patologia reumatologica (cfr. rapporto medico, doc. AI 23-4), malgrado che l'assicurato – secondo la perizia SAM – presenta limitazioni a livello reumatologico, neurologico/neuropsicologico e psichiatrico ? I periti del SAM hanno fornito le seguenti delucidazioni: " (...) 3a) Per quanto riguarda l'attività lavorativa abituale di cameriere, riteniamo che l'incapacità lavorativa del 50% per motivi neurologici non va sommata con l'incapacità lavorativa del 50% per motivi reumatologici. Come leggiamo nel rapporto peritale del Dr. med. _____ del 2.5.2011 si tratta di reperti oggettivi neurologici relativamente discreti. Al di fuori del deficit sensitivo all'emicorpo sin. (che si basa chiaramente sui dati forniti dall'A.), il nostro consulente in neurologia non trova alterazioni dei riflessi osteotendinei, né altri elementi più netti e non dipendenti dalla collaborazione dell'A. Non ha potuto mettere in evidenza sicuri deficit motoria. Anche le indagini neuroradiologiche mostrano solo lievi alterazioni intracraniche parenchimatose, probabilmente d'origine traumatica con lieve componente emorragica, in particolare a livello parietale a sin.; l'aspetto radiologico alla MRI cerebrale non è però univoco e potrebbe essere compatibile anche con piccoli cavernomi. Egli ritiene che possono esservi stati ulteriori danni traumatici parenchimatosi non necessariamente visibili alle indagini neuroradiologiche, che possono avere un influsso anche a lungo termine sulle funzioni neurologiche dell'A. Da sottolineare che in questo caso si tratta solo di un'ipotesi. La valutazione neuropsicologica ha messo in evidenza solo una lieve disfunzione delle funzioni mnestiche, attentive ed esecutive, che in un lavoro non intellettualmente elevato non può giustificare un'ulteriore riduzione della capacità lavorativa rispetto a quella già attestata per motivi reumatologici. Ricordiamo che il nostro consulente in psichiatria Dr. med. _____, nel suo rapporto peritale del 21.4.2011, scrive che non sono emersi limiti significativi delle funzioni cognitive dell'A. durante il colloquio. Il Dr. med. _____ scrive inoltre che vi è effettivamente l'impressione, come già anche in occasione di precedenti valutazioni neurologiche, che una parte dei deficit e delle difficoltà presentate dall'A. all'esame clinico sia dovuta ad una collaborazione non ottimale e non essere così d'origine esclusivamente organica. Per questi motivi riteniamo che l'incapacità lavorativa attestata per la patologia neurologica, di entità discreta e d'origine non esclusivamente organica, non vada sommata all'incapacità lavorativa attestata per motivi reumatologici. Per quanto riguarda un'attività lavorativa confacente l'incapacità lavorativa del 50% per motivi

neurologici rimane limitante. 3 b) Ricordiamo che, come già spiegato nell'ambito della domanda nr. 1, il Dr. med. _____ nella sua precedente valutazione del 6.4.2009 giustifica l'incapacità lavorativa attestata non unicamente con motivi reumatologici (limitazione alla spalla sin.), ma anche con motivi neurologici (difficoltà nella deambulazione per alterata sensibilità all'arto info di sin. di non univoca interpretazione, netta riduzione di forza di presa della mano sin. in A. mancino). In altre parole, l'A. presentava già al momento della precedente valutazione dell'aprile 2009 limitazioni a livello neurologico, oltre a quelle di tipo reumatologico. Nella lettera d'uscita della Clinica di Riabilitazione a _____, redatta il 9.2.2009, si parla di disturbi neuropsicologici leggeri, che non comportano una limitazione della capacità lavorativa nell'attività lavorativa di cameriere. Nell'ambito della valutazione da parte del Dr. med. _____ dell'aprile 2009 il lato neuropsicologico non è stato ulteriormente indagato, probabilmente in quanto ritenuto non abbastanza rilevante. In ogni caso questo disturbo cognitivo leggero era già presente al momento della precedente valutazione da parte del Dr. med. _____. La valutazione neuropsicologica nell'ambito della nostra perizia pluridisciplinare conferma una lieve disfunzione delle funzioni mnestiche, attentive ed esecutive, non peggiorata nel tempo. Come sopra spiegato, la patologia neurologica di entità discreta e non d'origine esclusivamente organica, non giustifica un ulteriore aumento dell'incapacità lavorativa del 50% come cameriere per motivi reumatologici. In un'attività lavorativa confacente, che rispetti la capacità funzionale e di carico residua, descritta dal Dr. med. _____ alle pagine 8 e 9 del suo consulto reumatologico del 26.4.2011, rimane invece limitante la patologia neurologica. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'A. presenta una distimia legata al perdurare dei limiti fisiatrici, ma anche derivante dalle preoccupazioni economiche avendo dovuto cessare l'attività precedentemente esercitata. La patologia psichiatrica è da interpretare come reazione sulle patologie somatiche e le sue conseguenze socioeconomiche. Per questi motivi non riteniamo giustificato sommare l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici con l'incapacità lavorativa del 50% per la patologia somatica. Riteniamo inoltre importante sottolineare che la valutazione precedente del Dr. med. _____ del 6.4.2009 ha avuto luogo a distanza di meno di un anno dopo l'infortunio del 19.5.2008. Nel corso degli ultimi anni l'A. ha avuto la possibilità di adattarsi ai limiti funzionali, con effetto positivo sulla capacità lavorativa. Ricordiamo inoltre che da parte della Clinica di Riabilitazione di _____ nel febbraio, 2009 veniva già attestata una capacità lavorativa del 50% come cameriere dal 6.2.2009 (1/2 giornate), nonché una capacità lavorativa del 50% sull'arco di tutto il giorno in un'attività lavorativa confacente (atto del 5.2.2009 elencata nella nostra perizia). Il Dr. med. _____, nelle sue annotazioni del 25.8.2009 (atto elencato nella nostra perizia), ritiene la valutazione di _____ "corretta e condivisibile se intesa come obiettivo finale di un percorso di recupero non ancora definibile in termini di tempo". La nostra valutazione della capacità lavorativa, come descritta nella perizia pluridisciplinare redatta il 21.7.2011, è dunque in linea sia con la valutazione della Clinica di Riabilitazione di _____, che con il parere del Dr. med. _____ espresso nell'atto del 25.8.2009". (doc. AI XVIII1-1). Viste le risposte dei periti, questa Corte non ha quindi nessuna ragione per scostarsi dalla valutazione del SAM che conclude per una capacità lavorativa complessiva del 50%. La perizia del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia e esperto in medicina infortunistica, ma non in reumatologia, datata 17 settembre 2012 e svolta per conto della _____, non permette una diversa valutazione della fattispecie. Il Dr. _____ ha posto una diagnosi complessiva che non si discosta da quanto illustrato dai periti del SAM (cfr. doc. AI 69-19,

doc. B2). Per quanto riguarda invece la capacità lavorativa residua il perito della _____ ha ritenuto che globalmente vi è un'incapacità lavorativa del 100% quale cameriere e del 50% in attività adatte (doc. B2). Le conclusioni del Dr. _____ seppur parzialmente divergenti per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurato non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai referti peritali del SAM e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla sua capacità di lavoro. Il medico del SMR, Dr. _____, nelle annotazioni del 7 gennaio 2013 si è espresso sui referti peritali della _____ confermando la validità delle conclusioni del SAM in assenza di una modifica dello stato di salute (doc. XXIV1). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze dei periti interpellati dall'amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato è inabile al 50% sia nell'attività di cameriere / barista, sia in un'attività adeguata. 2.9. Appurato dunque come lo stato di salute del ricorrente sia rimasto sostanzialmente invariato rispetto alle valutazioni mediche effettuate all'epoca della concessione del quarto di rendita di invalidità, né risultano modifiche dal profilo economico tali da influire sulla perdita di guadagno, l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente confermato il diritto ad un quarto di rendita. Il ricorso è di conseguenza respinto e la decisione dell'amministrazione confermata. 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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