

TI_GERICHTE 32.2012.283 vom 10. Oktober 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-10-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.283

FR: TI_GERICHTE 32.2012.283 du 10 octobre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.283 del 10 ottobre 2012

Regeste

Ricorso parzialmente accolto. Rendita accordata per tempo limitato

Erwägungen

E. 7

ottobre 2011 il medico SMR dr. _____, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ contusione prepatellare del ginocchio sinistro, lesione radiale del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio sinistro, borsite infrapatellare superficiale del ginocchio sinistro”, ha concluso per un’inabilità completa in ogni attività dal 17 maggio 2010 al 30 giugno 2011, ritenendo che dal 1. luglio 2011 l’assicurato poteva eseguire un’attività sedentaria compatibile con le limitazioni poste dal dr. _____ (doc. AI 36-2). Nel certificato del 30 gennaio 2012 il dr. _____ ha confermato l’inabilità nella sua attività quale posatore, auspicando comunque la ripresa di un’attività compatibile con le limitazioni poste dal dr. _____ (doc. AI 41). Il 14 febbraio 2012 il dr. _____ ha confermato sostanzialmente le sue conclusioni ritenendole valide dall’ottobre 2011 (doc. AI 43-5). Alla luce di questa documentazione e degli esiti della visita peritale dell’ _____ assicurazioni, il 22 maggio 2012 il medico SMR dr. _____ ha confermato le conclusioni di cui al Rapporto finale del 7 ottobre 2011 (doc. AI 46). L’Ufficio AI, dopo aver interpellato il consulente professionale (per il quale l’assicurato, esercitando un’attività lavorativa compatibile con le limitazioni poste dai medici, non subiva alcuna perdita di guadagno, doc. AI 47), mediante la decisione contestata ha quindi concluso che a dipendenza della problematica al ginocchio andava riconosciuta un’incapacità lavorativa totale nella sua attività di aiuto isolatore e in ogni altra dal 17 maggio 2010. A far tempo dal 1. luglio 2011 andava per contro ammessa un’abilità lavorativa completa in attività adeguate, ossia rispettose dei limiti funzionali posti dal dr. _____, con un conseguente grado di invalidità nullo (doc. AI 48). Da qui il riconoscimento di una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. maggio al 30 settembre 2011 (3 mesi dal miglioramento situato al 30 giugno 2011, art. 88 cpv. 1 OAI). Con il ricorso l’assicurato contesta in sostanza la valutazione della residua capacità lavorativa in attività adeguate fatta dall’amministrazione. Produce copia del rapporto sulla visita medica fiduciaria del 23 dicembre 2011 eseguita dal dr. _____ per conto dell’ _____ Assicurazioni, documento che peraltro figura già agli atti AI (doc. AI 11-1). In tale rapporto, il dr. _____, poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “stato dopo trauma al ginocchio destro (17 maggio 2010) con lesione del menisco mediale trattata in artroscopia (26 agosto 2010), stato dopo infetto postoperatorio completamente sanato, borsite infrapatellare di origine non traumatica o borsectomia totale al ginocchio sinistro (14 ottobre 2011), sintomatologia dolorosa cronica persistente”, ha concluso che l’assicurato era definitivamente inidoneo per l’ultima professione esercitata così come per le attività

comportanti la posizione eretta per lungo tempo, il camminare per lunghi tragitti o su terreno sconnesso, mentre che in un lavoro adeguato, ossia rispettoso dei menzionati limiti funzionali, egli era da considerare da subito abile in misura completa a partire da subito (doc. AI 11). In proposito il medico SMR dr. _____ ha affermato il 19 novembre 2012 che “ in considerazione della problematica non infortunistica l'assicurato ha presentato una IL anche dopo il 1. luglio 2011. A partire dal 12.12.2011 l'assicurato è da ritenersi abile al lavoro in attività confacenti dopo l'intervento di borsectomia ” (doc. Vbis).

2.6. 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; I 462/05 del 25 aprile 2007, 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 p. 31), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). 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 p. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; I 462/05 del 25 aprile 2007). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). 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 LPG A - 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 p. 109 consid. 3a/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, p. 230). Va inoltre 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, I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 8C_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale, questo Tribunale (riservata la conclusione tratta dall'amministrazione nel provvedimento contestato circa la conclusione del periodo di inabilità lavorativa) non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti il dr. _____, spec. FMH in medicina interna, nel rapporto finale SMR del 7 ottobre 2011 e il dr. _____ nell'annotazione del 22 maggio 2012 (doc. AI 36 e 46). Tenuto debitamente conto della documentazione agli atti, e in particolare dei vari certificati del dr. _____, riportate le diagnosi e analizzati attentamente i dati oggettivi e soggettivi, i sanitari hanno in effetti proceduto alla discussione degli elementi medici, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce in sostanza un'inabilità lavorativa nel periodo successivo all'infortunio al ginocchio del maggio 2010 e, quindi, la ripresa di una completa capacità lavorativa in attività leggere adeguate a far tempo dal luglio 2011 (poi corretta in dicembre 2011, cfr. Vbis), considerato come i disturbi lamentati dall'assicurato non fossero suscettibili di causare ulteriormente delle ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. AI 36). Nel rapporto del 7 ottobre 2011 il medico SMR ha evidenziato le limitazioni funzionali dovute alla problematica del ginocchio sinistro, segnatamente nell'esecuzione di mansioni che implicano la posizione inginocchiata prolungatamente o in piedi, lavori da svolgere su tragitti lunghi, su terreno accidentato, scale o impalcature (doc. AI 36). Tali conclusioni mediche si basano, come detto, sui certificati resi dai curanti dr. _____ e dr. _____. Quest'ultimo ha del resto più volte sottolineato l'importanza di una ripresa lavorativa in un'occupazione adeguata (doc. AI 14-4 e 41-5). Questo Tribunale deve quindi attribuire alle valutazioni dei medici SMR pieno valore probante conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6), giacché essi sono giunti a conclusioni logiche, dopo aver esaminato approfonditamente i punti litigiosi importanti e in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi). D'altra parte, dal rapporto 23 dicembre 2011 del dr. _____ all'attenzione della _____ (doc. A3) emerge che nel corso dell'estate 2011 l'assicurato ha sviluppato una borsite reattiva prerotulea con successiva esecuzione, il 14 ottobre 2011, di una ulteriore artroscopia diagnostica e borsectomia totale del ginocchio sinistro ad opera del dr. _____. Alla luce di questa circostanza, che all'epoca della resa della decisione contestata non era stata adeguatamente considerata, a ragione il medico

SMR dr. _____ ha ritenuto di dover estendere il periodo di inabilità lavorativa in ogni attività sino al dicembre 2011, momento dal quale va fissata la decorrenza della ripresa della capacità lavorativa completa in attività adeguate. A dette conclusioni va prestata adesione, rilevato peraltro come il ricorrente non apporti elementi nuovi o considerazioni che permettano di distanziarsi dalle conclusioni del SMR. Inconferente risulta peraltro il richiamo ad una presunta "inadeguatezza sociale causata dall'incapacità di esercitare o trovare un impiego" e di mantenersi economicamente (doc. I). Né del resto l'interessato ha prodotto certificazioni mediche idonee a sovvertire le convincenti e motivate conclusioni tratte dall'amministrazione o ha fatto valere l'esistenza di altre affezioni che non siano già state attentamente vagliate o l'intervento di un peggioramento dello stato di salute successivo al rapporto medico e antecedente il momento determinante della resa della decisione impugnata (DTF 130 V 140, 129 V 4). In conclusione, alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle succitate affidabili e concludenti risultanze mediche che hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'assicurato (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. sopra al consid. 2.6 e anche le STFA I 938/05 del 24 agosto 2006 e I 143/07 del 14 settembre 2007), 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, pp. 57, 551 e 572), e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa intervenuto dopo la resa del rapporto SMR e prima del 10 ottobre 2012, il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2), che, come stabilito dal l'Ufficio AI, fatto salvo il periodo di inabilità lavorativa completa dal maggio 2010 al dicembre 2012, sino al momento della resa della querelata decisione l'assicurato conservava una capacità lavorativa piena in attività leggere adeguate. D'altra parte, va ricordato che se da un lato la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altro si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Già si è detto che il ricorrente non ha in sostanza prodotto documentazione medica o fornito elementi che consentano in qualche modo a questa Corte di considerare inattendibili le conclusioni del medico SMR.

2.8. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto peraltro incontestato), tenendo conto dei parametri utilizzati nella decisione contestata (cfr. anche il rapporto 15 giugno 2012 del consulente in integrazione professionale; doc. AI 47), l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi. Così, per il reddito da valido l'amministrazione ha preso in considerazione fr. 57'850.-, pari al salario che l'assicurato avrebbe percepito nel 2010 secondo le indicazioni del suo ultimo datore di lavoro (doc. AI 9-3). Il reddito da invalido, determinato secondo i dati salariali statistici e tenendo conto di una totale abilità lavorativa

in attività adeguate, è stato determinato di fr. 61'754.--. Confrontando i due redditi non risulta alcun discapito economico, nemmeno considerando una riduzione dal reddito da invalido del 5% per considerare la necessità di eseguire attività leggere (doc. AI 48-3). Non presentando (più) l'assicurato un grado d'invalidità, rettamente l'amministrazione ha quindi soppresso la rendita intera, erogata dal 1. maggio 2011, a far tempo dal 1. aprile 2012, ossia 3 mesi dal miglioramento situato al dicembre 2011 (art. 88 cpv. 1 OAI).

2.9. L'assicurato postula l'Ufficio AI gli finanzia una riqualifica professionale (VIII). Per quanto riguarda eventuali provvedimenti professionali, l'art. 17 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 p. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità (cfr. anche Pratique VSI 2000 p. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; 122 V 79 consid. 3b/bb). Nella specie gli stessi non entrano in considerazione, considerato come in base al provvedimento querelato per il periodo successivo al dicembre 2011 l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno. In proposito val la pena comunque evidenziare la presenza, in un mercato adeguato del lavoro, di concrete possibilità per l'assicurato di svolgere attività alternative, pur tenendo conto delle limitazioni funzionali. Specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. È poi utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (DTF 119 V 347; VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). In queste circostanze, dunque, la mancata concessione di provvedimenti professionali va confermata, non senza sottolineare come comunque l'Ufficio AI, nella decisione contestata, si sia espressamente dichiarato disponibile, tramite il preposto Servizio, ad offrire all'assicurato un aiuto al collocamento.

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 e, quindi, la parziale soccombenza dell'amministrazione, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente e dell'Ufficio AI in ragione di fr. 250.--ciascuno.

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