

TI_GERICHTE 32.2012.87 vom 23. Februar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-02-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.87

FR: TI_GERICHTE 32.2012.87 du 23 février 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.87 del 23 febbraio 2012

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Viste le risultanze della perizia pluridisciplinare SAM e considerati gli ulteriori accertamenti medici, a ragione l'Ufficio AI ha negato all'A. il diritto a prestazioni non essendo adempiuto l'anno di carenza e il grado d'invalidità essendo nullo

Erwägungen

E. 19

gennaio 2012 (doc. AI 88/1) ha inoltre osservato: " (...) Ho preso nota del rapporto della riabilitazione cardiovascolare datato 18.11.2011 /durata dal 19.8 al 18.11.2011). Si evidenzia un decorso caratterizzato da sensazioni di restringimento precordiale, non corrispondenti a alterazioni dell'ECG, con leggero miglioramento della prestazione alla cicloergospirometria (ancorché al 61% il valore richiesto per età e corporatura). I medici del _____ ritengono (al 18.11.2011) l'A. tuttora inabile al 100%. Si evidenzia la scarsa applicazione nella prevenzione dei fattori rischio (peso, fumo ...). Prevista RMN cardiaca con perfusione i cardiologi sospendono il giudizio sulla IL in attesa di questo esame. Lettera ai medici _____ per chiedere ulteriori informazioni . (lettera scritta) (...)." (doc. AI 88/1) Vista la risposta 13 febbraio 2012 del capo servizio di cardiologia del _____ dr. _____ del seguente tenore: " (...) Non ritorno sugli antecedenti a te ben noti. La RM che avevo previsto al termine della riabilitazione a seguito di dolori precordiali e dispnea a moderato carico di lavoro (pur senza alterazioni ECG) è stata effettuata in data 23.11.2011. L'esame ha mostrato solo una lieve ischemia residua in un territorio compatibile con le noti stenosi residue periferiche. Non sussiste dunque indicazione o possibilità ad effettuare nuovamente una rivascolarizzazione percutanea di quelle coronarie. È possibile gestire la situazione a livello medicamentoso mentre, alla luce anche della conferma di una buona cinetica ventricolare nonostante la cicatrice post-infarto (funzione sistolica normale con FE 61%), è possibile definire completa la capacità lavorativa per lo meno per lavori che non implicano sforzi intensi, prolungati, in condizioni climatiche estreme. (...)." (doc. AI 90/1) il dr. _____, nell'annotazione sub doc. AI 91/1, ha poi concluso: " (...) - La valutazione dopo la perizia SAM; è da confermare (rapporto SMR 25.05.2011). - Dal 07.07.2011 al 31.01.2012 IL 100% per ogni attività - Dal 01.02.2012 valgono di nuovo le limitazioni date nel precedente rapporto (a > 7 mesi dopo l'episodio acuto, dopo riabilitazione, dopo RM cardiaca) (...)." (doc. AI 91/1) L'Ufficio AI – viste le risultanze mediche su enunciate – con decisione

E. 23

febbraio 2012 ha quindi confermato il diniego a prestazioni. 2.8. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 (considerando 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (considerando 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; considerando dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; considerando 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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 suddetti 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). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore

probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 9C_148/2012 del 17 settembre 2012, 9C_113/2012 del 14 marzo 2012, 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 non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce, sia quale aiuto cucina presso il _____ che in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti, una capacità lavorativa del 100% dall'ottobre 2008, momento in cui ha interrotto l'ultima attività (vedi il questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 55/1-7 che al punto 2.3 indica il 1. ottobre 2008 quale ultimo giorno effettivo di lavoro). Quanto all'evoluzione nel tempo, i periti hanno precisato che "(...) in una valutazione globale riteniamo pertanto che l'attività da ultimo esercitata dall'A. quale aiuto cucina presso una pizzeria, è ancora praticabile nella misura completa come descritto al capitolo 7. Questa nostra valutazione, come già esposto in occasione della precedente perizia SAM del 27.7.2009, va ritenuta da ottobre 2008, cioè da quando l'A. ha interrotto l'ultima attività lavorativa. (...)" (doc. AI 75/27) e, alla domanda a sapere se vi è stato un peggioramento duraturo dello stato di salute con modifica della capacità lavorativa e dei limiti funzionali rispetto alla prima perizia del SAM, hanno risposto "(...) no, vedasi capitolo discussione e seguenti. (...)" (doc. AI 75/28). In particolare il TCA rileva che nei consulti del 14 marzo 2011 (doc. AI 75/34-39) e del 2 febbraio 2011 (doc. AI 75/52-55), il dr. _____, FMH in reumatologia e riabilitazione, ha concluso che "(...) non vi sono dal punto di vista clinico e nemmeno dal punto di vista radiologico delle modifiche sostanziali per quanto riguarda le condizioni dell'assicurato in relazione alle sue patologie reumatologiche. Non vi sono delle significative limitazioni funzionali per quanto riguarda le patologie muscolo-scheletriche. Egli è quindi da ritenere ulteriormente abile al lavoro nella forma completa per l'attività lavorativa precedentemente svolta e cioè quella di aiuto cucina ed anche per altre attività professionali da considerare medio pesanti. (...)" (doc. AI 75/39) e il dr. _____, FMH in neurologia, ha attestato che nell'attività da ultimo svolta "(...) l'A. è abile al lavoro al 100% dal punto di vista neurologico (...)" (doc. AI 75/54) e alla domanda circa la possibilità di svolgere altre attività ha risposto "(...) Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico (...)" (doc. AI 75/55). Questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi da queste valutazioni, che non sono del resto state smentite da certificati medici specialistici attestanti delle patologie invalidanti in grado di influire sulla capacità lavorativa residua. Tali non possono certo essere ritenuti il rapporto 15 settembre 2011 del dr. _____, FMH in chirurgia, indirizzato all'Ufficio AI (doc. AI 82/2) e il suo ulteriore certificato del 23 aprile 2012 (doc. D/4). In questi atti il dr. _____, che non è specialista in materia, ha espresso una valutazione considerando nel loro complesso gli aspetti somatici e extra somatici – va qui ricordato 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) – e non si è confrontato con la valutazione del SAM limitandosi ad esprimere una diversa valutazione delle conseguenze sulla capacità lavorativa delle note patologie. In questo senso hanno concluso anche i medici SMR dr. _____, dr. _____ e dr.ssa _____ nelle annotazioni 11

ottobre 2011 e 22 maggio 2012 (doc. AI 85/1 e VIII/1). Il dr. _____, capo servizio di pneumologia dell'Ospedale regionale di _____, nel consulto 23 marzo 2011 (doc. AI 75/40-45), ha concluso che "(...) rispetto al 2009 pur constatando dal punto di vista medico teorico pneumologico la presenza di una patologia significativa come una sindrome di apnee da sonno di grado leggero-medio. Constatando ora un esame funzionale di migliore qualità ed ancora ai limiti inferiori della norma, e facendo fede inoltre sul buon risultato del test del cammino, e del test ergospirometrico a cui è stato sottoposto l'assicurato presso il Servizio di Pneumologia dell'Ospedale di _____, non sussistono sicuri segni che possono giustificare una limitazione significativa della capacità lavorativa per lavori fisici leggeri o moderati dal punto di vista medico teorico pneumologico. Il paziente presenta prevalentemente quale fattore limitante un'obesità permagna ed un decondizionamento fisico. La presenza di una sindrome di apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado da leggero a moderato, sottoposta con successo ad una terapia con apparecchiatura C-PAP non rappresenta un fattore aggravante rispettivamente limitante della capacità lavorativa per un paziente con attività pregressa di aiuto cucina. (...)" (doc. AI 75/42). Anche questa valutazione non è stata validamente contestata dall'insorgente che, tramite il suo rappresentante, nello scritto 28 giugno 2012, si è limitato a comunicare al TCA che "(...) nonostante abbiamo interpellato il Dr. _____ (curante del ricorrente) da qualche tempo, per la problematica pneumologica che a nostro parere è determinante nell'individuare il grado d'invalidità, purtroppo egli fino ad oggi non ha preso nessuna posizione. (...)" (XI). Va qui ricordato che se da una parte 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'altra 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 con riferimenti). 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). Del resto, alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti "entro un termine ragionevole", si deve concludere che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici (cfr., al riguardo, STF 8C_45/2010 del 26 marzo 2010, con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del 10 dicembre 2009). Quanto agli aspetti psichiatrici e cardiologi va rilevato quanto segue. Il dr. _____, psicoanalista e FMH in psichiatria, nel rapporto 27 agosto 2010 (doc. AI 56/1-4; rapporto che porta il timbro del dr. med. _____ come rilevato dal SAM sub doc. AI 75/5), pur attestando un peggioramento dello stato psicopatologico, ha certificato un'incapacità lavorativa del 70% allorquando il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella relazione del 21 gennaio 2010 (doc. AI 39/5-7), aveva concluso per "(...) l'incapacità lavorativa totale per ragioni psichiatriche e psicosomatiche (...)" (doc. AI 39/7). Sempre il dr. _____, nell'ulteriore certificato medico 30 marzo 2012 (doc. D/3), non ha posto delle nuove diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e senza confrontarsi con le conclusioni del SAM ha rilevato, in modo del tutto generico, che "(...) lo stato psicopatologico continua a mantenersi compromesso per una condizione depressiva ad andamento recidivante di entità medio-grave a causa di sempre maggiori aggravamenti delle condizioni cardiache che rendendolo incapace anche in semplici possibilità di attivazione, gli suscitano pervasivi sentimenti di inutilità e

compromesse capacità reattive con conseguenti ricadute negative sulla funzionalità lucrativa, tuttora limitata in percentuale completa. (...)” (doc. D/3, la sottolineatura è del redattore). Va qui rilevato che una tale allegazione, vaga e non seguita da attestazioni specialistiche, non è sufficiente per dimostrare un peggioramento dopo che lo stesso dr. _____, nel precedente rapporto 27 agosto 2010 (doc. AI 56/1-4), aveva certificato un’invalidità lavorativa del 70% dal giugno 2010. Al riguardo, nelle annotazioni 22 maggio 2012, il dr. _____ e la dr.ssa _____ hanno evidenziato che “(...) le forti limitazioni cardiologiche indicate dal dr. _____ non trovano conferma nella valutazione del dr. _____. Per quanto riguarda la problematica psichiatrica, l’attuale certificato medico redatto dal Dr. _____ (30.03.2012) non riporta una diagnosi psichiatrica secondo classificazione ICD o DSM (cita genericamente una condizione depressiva) né viene descritto il quadro clinico. L’attuale documentazione non porta quindi a nuovi elementi che permettano di discostarsi dalla precedente perizia SAM. (...)” (VIII/1). Il dr. _____, capo servizio di cardiologia del _____ – dopo che nella risposta 13 febbraio 2012 al dr. _____ aveva evidenziato che “(...) è possibile gestire la situazione a livello medicamentoso mentre, alla luce anche della conferma di una buona cinetica ventricolare nonostante la cicatrice post-infarto (funzione sistolica normale con FE 61%), è possibile definire completa la capacità lavorativa per lo meno per lavori che non implicano sforzi molto intensi, prolungati, in condizioni climatiche estreme. (...)” (doc. AI 90/1) – anche nel rapporto 18 aprile 2012 indirizzato all’RA 1, riferendosi alle valutazioni del 18 novembre 2011 e del 13 febbraio 2012, ha, in particolare, ribadito che “(...) il quadro evinto alla risonanza magnetica dunque conferma il substrato organico di eventuali episodi di dolore che il paziente potrebbe di tanto in tanto ancora percepire, questi però non appaiono ora d’impatto prognostico e soprattutto tali da limitare la capacità lavorativa per attività leggere-moderate e comunque non da eseguire in condizioni climatiche estreme (troppo caldo, troppo freddo o all’aperto). (...)” (doc. D/2). Riguardo infine al certificato medico 12 marzo 2012 del dr. _____ (doc. D/1), FMH in dermatologia e venerologia, va innanzitutto osservato che lo specialista non si è espresso sulla capacità lavorativa. Inoltre, come già evidenziato al consid. 1.8 – invitato espressamente a due riprese (IX e X) a presentare osservazioni scritte sull’annotazione 22 maggio 2012 con la quale i medici SMR dr. _____ e dr.ssa _____ hanno concluso che “(...) l’attuale documentazione non porta quindi a nuovi elementi che permettano di discostarsi dalla precedente perizia SAM. (...)” (VIII/1) – , l’insorgente ha comunicato al TCA di non avere osservazioni supplementari da proporre limitandosi a sostenere, tramite il suo rappresentante, che “(...) senza tanti giri di parole, abbiamo la netta sensazione che le problematiche di questo assicurato, nonostante che a nostro giudizio sono idealmente invalidanti, siano sottostimate e non siano segnalate nella giusta e corretta dimensione. (...)” (XI). Del resto il dr. _____, nell’annotazione 20 aprile 2012, ha rilevato che “(...) l’attuale certificazione del dr. _____ indica una attuale esacerbazione della problematica dermatologica presente alle mani già descritta in occasione della valutazione SAM 2011 dove si indicava la necessità di applicazione al bisogno di crema dermatologica steroidea; nel 2009 sempre in occasione della valutazione del SAM si consigliava la protezione delle mani con guanti al contatto con acqua e saponati. Si tratta quindi d’una problematica nota che ha sempre ben risposto ad un trattamento semplice al bisogno e che richiede semplici misure di protezione. (...)” (IV/bis). In conclusione, rispecchiando la perizia pluridisciplinare 19 maggio 2011 del SAM (doc. AI 75/1-71) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e non essendo

provato un peggioramento duraturo con conseguenze sulla capacità lavorativa dopo il mese di maggio 2011 e prima del 23 febbraio 2012 – fatti salvi i periodi di incapacità lavorativa totale dal 13 aprile al 30 giugno 2010 e dal 7 luglio 2011 al 31 gennaio 2012; cfr. doc. AI 76/1-3 e 91/1) –, a ragione l'Ufficio AI ha confermato una capacità lavorativa, tanto nell'abituale quanto in un'altra attività adeguata, del 100% dall'ottobre 2008. In questo senso, la domanda subordinata di rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché si pronunci sul diritto a misure d'ordine professionale, va respinta. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungs-rechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Di conseguenza – ritenuto il presupposto dell'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b non adempiuto e considerato il grado d'invalidità nullo – la decisione impugnata che ha negato il diritto a prestazioni va confermata e il ricorso respinto. 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 del ricorrente.

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