

## **TI\_GERICHTE 32.2012.96 vom 7. März 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-03-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.96](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.96)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.96 du 7 mars 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.96 del 7 marzo 2012

### **Regeste**

Decisione con la quale UAI ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni è corretta, ritenuto che, per lo meno fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata, egli conservava una piena capacità lavorativa nella sua professione

### **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., tra le tante, STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2; 9C\_781/2011 del 14 maggio 2012; 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti ). 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 premorboso, 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. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ del SMR e dagli specialisti del CPAS, poi confermate dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR, sulle quali si fonda la decisione di rifiuto delle prestazioni. Dal profilo psichico, come esposto in precedenza (cfr. consid. 2.4.), nel rapporto peritale del 17 gennaio 2012, il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ del CPAS hanno escluso che l'assicurato presenti una sintomatologia psichica clinicamente significativa e tale da compromettere il suo funzionamento sociale e lavorativo, ritenendolo pertanto pienamente abile al lavoro (doc. 82-6). Questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni, che, del resto, non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie psichiatriche maggiormente invalidanti. 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). Quanto agli aspetti somatici, nel rapporto medico del 19 luglio 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR ha ritenuto che la diagnosi di acalasia, che affligge l'interessato fin dal 1993, non abbia delle ripercussioni sulla sua capacità lavorativa (doc. 57-2). Il medico del SMR ha sottolineato, a comprova del proprio parere, che nonostante l'acalasia, l'assicurato ha sempre lavorato nella misura del 100% e, una volta sciolto, a far tempo dal 31 maggio 2009, il contratto di lavoro per motivi estranei al danno alla salute (trasferimento magazzino in Svizzera interna), egli si è iscritto alla disoccupazione a partire dal 1° giugno 2009 dichiarandosi abile al lavoro al 100% (doc. 57-2). La valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ è poi stata ribadita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR nel rapporto medico finale del 9 febbraio 2012, nel quale il medico del SMR ha nuovamente ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100%, evidenziando che a partire dal mese di aprile 2011 l'interessato è occupato nella misura del 100% (doc. 82-3). Analoga conclusione risulta, poi, dalle annotazioni del 25 aprile 2012, nelle quali il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha ribadito che, nonostante l'acalasia presente dal 1993, l'assicurato ha sempre lavorato nella misura del 100%, percependo poi, dal 2009, per due anni le indennità di disoccupazione e lavorando nuovamente nella misura del 100%, a partire dal 1° aprile 2011, quale magazziniere, attività rispettosa delle limitazioni funzionali dell'interessato (doc. VIII/bis). Il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha precisato che “di regola l'acalasia è compatibile con un'attività lavorativa regolare”, rispettosa di determinati limiti funzionali (doc. VIII/bis). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni alle quali sono giunti i medici del SMR a proposito di una piena capacità lavorativa dell'assicurato, nonostante l'acalasia che lo affligge dal 1993, che non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Se da una parte, infatti, la curante ha attestato un'inabilità lavorativa del 50% a causa delle ripercussioni

dell'acalasia sullo stato di salute dell'interessato (doc. I, V), d'altra parte questo Tribunale rileva che la stessa dr.ssa RA 1, nella presa di posizione del 21 maggio 2012, ha riconosciuto che l'assicurato continua a lavorare, seppure a fatica, nella misura del 100% (doc. X). Inoltre, il TCA rileva che nonostante l'indicazione della dr.ssa RA 1 di una "pessima qualità di vita" dell'assicurato dopo l'insuccesso dell'intervento di stend effettuato a \_\_\_\_\_ (doc. 71-1), nel rapporto medico all'attenzione dell'AI del 19 settembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_, della Klinik für Gastroenterologie & Hepatologie dell'Universitätsspital di \_\_\_\_\_, ha indicato di non potersi esprimere in merito ad una presunta inabilità lavorativa, rilevando tuttavia, per esperienza, che di regola le persone affette da acalasia riescono a svolgere un'attività lavorativa regolare, usufruendo di una pausa pranzo più lunga (cfr. doc. 75-3, nel quale ha indicato che: "Meiner Erfahrung nach können Patienten mit Achalasie arbeiten, aber sie sind dringend auf längere Mittagspausen (aufgrund eingeschränkter, länger dauernder Nahrungszufuhr) angewiesen"). Tale conclusione, come ricordato in precedenza, è stata ribadita dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale ha affermato che, di regola, l'acalasia è compatibile con un'attività lavorativa rispettosa di determinati limiti funzionali e con una auspicabile pausa pranzo prolungata (doc. VIII/bis). Il TCA ha inoltre appurato, in corso di causa, che l'indicazione dell'acalasia quale patologia con influsso sulla capacità lavorativa, riportata nella valutazione SMR del 7 dicembre 2011 dal dr. \_\_\_\_\_, è dovuta ad una "distrazione", come precisato dallo stesso dr. \_\_\_\_\_ su richiesta di questo Tribunale. Il medico del SMR ha spiegato che la stessa avrebbe dovuto "più correttamente" figurare tra le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, aggiungendo che "non era necessaria una valutazione peritale dato che i limiti funzionali erano chiari e non vi era influsso sulla capacità lavorativa" (doc. XIII/bis). Il TCA non ha motivi per mettere in dubbio queste considerazioni del medico del SMR. Alla luce di questi elementi, il TCA ritiene quindi che, per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, l'assicurato vada considerato pienamente abile al lavoro nella propria attività. Quanto all'indicazione fornita dalla dr.ssa RA 1 nello scritto del 21 maggio 2012 in merito al fatto che l'assicurato "a fatica riesce a continuare l'attività lavorativa a tempo completo", questo Tribunale ricorda che, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il

#### **E. 7**

marzo 2012 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Pertanto, un possibile peggioramento dello stato di salute dell'interessato, che potrebbe comportare una riduzione della sua capacità lavorativa, sarà da valutare nell'ambito di una nuova domanda. Si ricorda infatti al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Pertanto, stante quanto sopra esposto, 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 schweiz. 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), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è totalmente abile al lavoro. Nella misura in cui l'amministrazione ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni, la sua decisione del 7 marzo 2012 merita piena conferma in questa sede. 2.9. 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.