

TI_GERICHTE 32.2018.151 vom 27. Juli 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-07-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.151

FR: TI_GERICHTE 32.2018.151 du 27 juillet 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.151 del 27 luglio 2018

Regeste

Domanda di prestazioni AI respinta per assenza di un'incapacità lavorativa di almeno il 40% per un anno. Perizia pluridisciplinare stabilisce che non v'erano patologie con influsso sulla capacità lavorativa. Assto non ha saputo comprovare una situazione peggiore. Compito del perito medico. AI negata

Erwägungen

E. 26

agosto al 26 novembre 2016. Il curante dr. med. _____ ha certificato un'ulteriore inabilità lavorativa del 100% dal 23 giugno al 30 luglio 2017 (doc. 153), nuovamente senza indicare i motivi dell'impedimento. Dal 6 novembre al 1° dicembre 2017 l'assicurato è stato degente presso la Clinica di riabilitazione di _____ per sindrome del dolore multifattoriale. Nella lettera di uscita del 18 dicembre 2017 (doc. 176) i curanti hanno indicato che all'ammissione il dolore costante in zona della plica inguinale era di intensità 6-7/10 sulla scala VAS e che l'interessato manifestava anche un costante dolore gluteo e al fianco sinistro sforzo-dipendente. V'era una deambulazione con zoppia a sinistra, l'assicurato camminava con l'aiuto di un bastone a destra e l'appoggio monopodale a sinistra non era quasi fattibile. Anche la mobilità dell'anca sinistra era limitata con dolori. Il programma riabilitativo messo in atto mirava al miglioramento delle performance fisiche per permettere la reintegrazione nell'ambito socio-lavorativo. L'assicurato presentava una sintomatologia dolorosa complessa e multifattoriale con un non chiaro generatore del dolore in sede inguinale. Clinicamente era stata trovata un'importante sindrome miofasciale del cingolo lombo pelvico e delle contratture degli adduttori. Funzionalmente l'interessato era limitato nel movimento dell'anca e della deambulazione, con comparsa di spasmi/crampi dell'arto inferiore di sinistra sforzo dipendente. Nei colloqui con la psicologa non era emersa una psicopatologia, anche nel gruppo di rilassamento ha avuto difficoltà ad aderire al programma proposto dovuto alla comparsa dei crampi. Durante la prima fase di riabilitazione, di intensità moderata, era peggiorata la sintomatologia dolorosa con intensi spasmi dell'arto inferiore sinistro. Riducendo l'intensità e predisponendo l'assunzione di Rivotril, gli spasmi si erano rettamente ridotti. Gli specialisti hanno quindi proposto di proseguire con fisioterapia individuale, con agopuntura, con allenamento in palestra per tronco e arti superiori ed esercizi prudenti in piscina. Alla dimissione, il paziente aveva descritto un miglioramento dei dolori in zona lombare, gluteale e in misura minore inguinale e riduzione dei crampi/spasmi dopo introduzione del Rivotril. Persisteva una sintomatologia dolorosa inguinale di intensità da 4-7/10 sforzo-dipendente, anche i dolori lombari e gluteali con certo beneficio dall'elettro-agopuntura con rilassamento degli adduttori, le performance fisiche erano invariate. Lo stato fisico era invariato con mobilità lombare e dell'anca sinistra invariata con leggero miglioramento della sintomatologia

miofasciale. Non è stata indicata alcuna inabilità lavorativa. Era stata quindi organizzata una presa a carico da parte del Servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____ per valutazione e trattamento della sintomatologia dolorosa e trattamento. Il PD dr. med. _____ ha seguito il ricorrente alla dimissione dalla Clinica di riabilitazione e del suo parere, in cui non è certificata un'inabilità lavorativa, già si è riferito in precedenza. Da quanto precede discende che non è comprovata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dai periti del Servizio Accertamento Medico, che hanno stabilito un'abilità lavorativa dell'assicurato del 50% dall'agosto 2015 al febbraio 2016 per i disturbi urologici, dello 0% nei mesi di marzo e aprile 2016 per accertamenti e trattamenti urologici a cui ha fatto seguito l'intervento di asportazione della ciste della vescicola seminale sinistra, nuovamente nulla dal 26 agosto al 26 novembre 2016 a causa dell'intervento di artroscopia all'anca sinistra e dal 6 novembre al 1° dicembre 2017 stante la degenza per riabilitazione. Per i restanti periodi, precedenti e attuali alla perizia, l'assicurato è stato considerato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore con rendimento massimo del 100%, sia nella sua attività di progettista di impianti di riscaldamento, di ventilazione e di climatizzazione, sia in altre attività adeguate nel rispetto dei limiti funzionali e di carico stabiliti dal reumatologo. Questa conclusione è stata altresì confermata nel complemento peritale del SAM del 19 luglio 2018 (doc. 201) anche a seguito della nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato, che è stata anch'essa attentamente valutata dagli specialisti e che non ha portato a modificare né le loro diagnosi né i gradi di (in)capacità lavorativa precedentemente stabiliti. Non v'è quindi alcuna ragione per mettere in dubbio le conclusioni a cui sono giunti i periti, che hanno esaminato in maniera chiara e completa lo stato di salute dell'insorgente e le sue ripercussioni sulla sua capacità lavorativa. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato, così come espressamente da esso richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia. La fattispecie risulta già adeguatamente esaminata da esperti. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente. Il Servizio Medico Regionale ha in effetti avuto modo più volte di pronunciarsi sull'intera questione e, soprattutto, ogni qualvolta che l'assicurato trasmetteva nuova documentazione medica all'attenzione dell'amministrazione e quindi dei periti del SAM. Il Servizio Medico Regionale, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su mandato dell'Ufficio AI. Da ultimo, la scrivente Corte respinge la censura di parzialità del perito urologo che " è subentrato nello studio medico del Dr. med. _____, che ha seguito inizialmente il ricorrente. ". Non si vede infatti per quale motivo il dr. med. _____, quand'anche effettivamente avesse ritirato lo studio del dr. med. _____ - dalle carte intestate dei due specialisti risultano due indirizzi differenti non solo per la via, ma anche per il Comune - debba essere ritenuto parziale, avendo egli peraltro diagnosticato una sindrome del dolore pelvico cronico di natura indeterminata esattamente come il dr. med. _____, l'anestesista che ha impiantato al ricorrente il neuromodulatore spinale e dei cui effetti positivi egli era soddisfatto. 2.6 In virtù delle considerazioni espresse, il

TCA fa quindi proprie le conclusioni dei periti del Servizio Accertamento Medico e quelle del Servizio Medico Regionale per quanto concerne i periodi di incapacità lavorativa del ricorrente, che sono stati riportati correttamente nella decisione impugnata. Sulla scorta di questi periodi, le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI non sono però rispettate e quindi, non essendo in presenza di un'incapacità lavorativa duratura di almeno il 40% per un anno dalla sua insorgenza, decade il diritto a una rendita di invalidità e anche a dei provvedimenti professionali. Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione di rifiuto di attribuzione di una rendita di invalidità è confermata. 2.7 Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico del ricorrente.

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