

## **TI\_GERICHTE 32.2019.190 vom 2. Oktober 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-10-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.190](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.190)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.190 du 2 octobre 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.190 del 2 ottobre 2019

### **Regeste**

Rifiuto rendita. Assicurato che soffre di più patologie. Valutazione SMR non è sufficiente. Rinvio atti per valutazione pluridisciplinare (in ambito oncologico, endocrinologico e neurologico)

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Ca papillifero della tiroide con metastasi linfonodali bilaterali, stadio UCC: pT2m, pN1b, V0I1, R1 (Di. Settembre 2017) con: - tiroidectomia totale con svuotamento linfonodale selettivo bilaterale (14 novembre 2017, \_\_\_\_\_); - radioiodioterapia; - ipoparatiroidismo e ipotireosi secondari all'intervento;

#### **E. 2**

Cervicalgia cronica irradiante agli arti superiori in particolare cervicobrachialgia C6 destra nel contesto di stenosi foraminale (seguito in neurochirurgia \_\_\_\_\_, Dr.ssa \_\_\_\_\_ e centro del dolore Dr.ssa \_\_\_\_\_, cfr. referti allegati) con: a. IRM cervicale maggio 2019: iniziale ernia. paramediana a destra 07-D1 senza conflitti. Spondilosi discreta anteriore 05-C6. Iniziale spondilosi posteriore paramediana a sinistre associata ad erniazione discale con lieve oblitterazione dello spazio subaracnoideo. b. • Infiltrazione periradicolare per esacerbazione dei dolori su stenosi foraminale C5-C6 bilaterale con Kenakort 15 ottobre 2019, Drssa \_\_\_\_\_, Centro \_\_\_\_\_, senza beneficio, anzi con peggioramento dei dolori. c. Stenosi foraminale paramediana 05/C6 con contatto suite radice

#### **E. 06**

destra. Dopo infiltrazione interlaminare C5-C6 destra il paziente riferisce risoluzione dei formicolii e modificazione del dolore, ora avvertito più sul versante interno del braccio fino al gomito (ma non oltre). Esame clinico mirato Non deficit di forza al testing segmentario. Sensibilità tattile preservata. ROT deboli e simmetrici. Dolore alla mobilizzazione passive della spalla ed alla pressione locale. Conclusione Lo studio ENG-EMGrafico è normale, senza indizi elettrofisiologici per una sindrome del tunnel carpale, una plessopatia brachiale o una radicolopatia C5,061C7 e 08 a destra. Seguirà separatamente referto dei potenziali evocati. Da parte mia non sono previsti altri controlli, ma rimango a disposizione al bisogno." (doc. D-2; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Interpellata in proposito dall'UAI, nell'annotazione del 10 dicembre 2019, il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale (doc. XII-1), ha rilevato quanto segue: " (...) Valutazione: 1. diagnosi Ipocalcemia: - La diagnosi di ipocalcemia costituisce una emergenza in medicina interna che richiede delle misure immediate contro i disturbi neurologici, cardiaci, muscolari e cognitive potenzialmente letali. - Il fatto di sostituire un

preparato di Vitamina D (Calcitriolo) a giugno 2019 non costituisce una sospensione della terapia sostitutiva di Calcium. - Il medico curante non fornisce dei parametri di laboratorio, e non risultano a disposizione dei nuovi referti del Dr. \_\_\_\_\_, endocrinologo. Il medico curante non sembra aver informato gli specialisti: nei referti del neurologo, delle neurochirurghe o dell'anestesista che hanno visitato l'assicurato non compare la diagnosi di ipocalcemia. - Gli specialisti non rilevano vertigini, tremori, crampi o debolezza muscolare e l'assicurato non menziona questi sintomi durante le visite. Il neurologo rileva uno stato neurologico senza particolarità. L'elettroencefalografia e l'elettromiografia risultano normali. Le neurochirurghe rilevano delle buone condizioni generali in assenza di deficit neurologici.

2. diagnosi Cervicalgia cronica irradiante agli arti superiori, in particolare cervicobrachialgia C6 destra nel contesto di stenosi foraminale. Il neurologo rileva una sensibilità conservata e dei riflessi simmetrici, non rileva un deficit di forza. L'ENG e l'EMG risultano normali. La RM cervicale del 17.05.2019 non rileva delle compressioni. In confronto alla RM del 10.2017 non viene più descritto un contatto sulla radice C5 a sinistra. In data 15.10.2019 è stato infiltrato lo spazio epidurale con un anestetico ed un cortisonico. Il mancato beneficio indica che l'ipotesi diagnostica non si è verificata: l'origine dei dolori accusati non è nel midollo spinale o nelle radici della zona infiltrata.

3. diagnosi Lombalgie: La RM lombare del 28.10.2019 è senza spondilartrosi, senza alterazioni flogistiche faccettarie o peridiscali. La moderata discopatia L4-5 e L5-S1 rilevata nella RM del 28.10.2019 costituisce un dato trovato in 80% di individui d'una popolazione generale asintomatica della medesima fascia d'età dell'assicurato di 50 anni. Fonte: Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations, W. Brinjikji et al, Am J Neuroradiol 2013 Apr; 36(4):811-816.

4. Il fatto della paresi del nervo peroneale che causa un piede cadente a destra è già conosciuto come diagnosi ed è stato considerato nei limiti funzionali. Conclusione: I referti non oggettivano un peggioramento clinico. Il RAF del 13.09.2018 rimane invariato.” (doc. XII-1; n.d.r.: le sottolineature non sono della redattrice).

2.5. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA non può approvare l'operato dell'UAI, in quanto il rapporto del 13 settembre 2018 (come pure l'annotazione dell'11 luglio 2019) del medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale (doc. 17 e 30 incarto LAI) - sulla base della documentazione medica agli, in particolare dell'incarto Lamal - non è sufficiente per concludere che RI 1 è abile al 50% in qualsiasi attività a partire dal 6 marzo 2018 e continua. A fronte delle patologie di carattere oncologico, endocrinologico e neurologico di cui è affetto l'assicurato (e del loro evolversi nel corso del 2018-2019, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4), considerato pure che nell'incarto Lamal non figura alcuna valutazione specialistica (dello stato di salute dell'assicurato, dell'esigibilità lavorativa e della sua capacità lavorativa residua) e che agli atti mancano pure i questionari “ rapporto medico: integrazione professionale/rendita ” (che non sono stati inviati/richiesti dall'UAI agli specialisti curanti dell'assicurato), il rapporto del 13 settembre 2018 (come pure l'annotazione dell'11 luglio 2019) - ove è stata peraltro indicata una prognosi incerta/dubbia sia nell'attività abituale sia in quelle ritenute adeguate - del medico SMR, specialista FMH in medicina interna generale (doc. 17 e 30 incarto LAI), non consente al TCA di concludere, con la necessaria tranquillità, che RI 1 sia abile al 50% (presenza a tempo pieno e riduzione di rendimento del 50%), in qualsiasi attività (abituale, quale cuoco, e adeguata, secondo l'esigibilità lavorativa posta dal medico SMR nel rapporto finale del 13 settembre 2018, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4), a partire dal 6 marzo 2018. Tanto più che la decisione contestata, che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice

delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3; STCA 32.2018.169 del 20 agosto 2019, consid. 2.4; STCA 32.2018.169 del 20 agosto 2019, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8; STCA 32.2019.159 del 2 giugno 2020, consid. 2.8), risale al 2 ottobre 2019. I certificati medici esposti al consid. 2.4, possono essere considerati visto che essi fanno riferimento ad una situazione clinica dell'assicurato anteriore alla decisione dell'UAI e dunque, sono rilevanti nella presente procedura. Giova qui difatti ricordare 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 e, quindi, in concreto il 2 ottobre 2019. Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un 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; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Il TCA rileva, inoltre, che - contrariamente a quanto indicato dall'amministrazione nelle osservazioni del 9 gennaio 2020 (doc. XVI: " la nuova diagnosi di ipocalcemia è stata indicata per la prima volta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel referto del 28 novembre 2019 presentato in fase ricorsuale ") - già nel mese di gennaio 2019, sempre su richiesta dell'assicuratore Lamal, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna, sub " prognosi dell'inabilità lavorativa " aveva attestato quanto segue: " Persiste inabilità al 50% per importanti dolori cervicali, nevralgia al piede destro e malesseri vassovagali probabilmente ascrivibile a ipocalcemia. " (doc. 13 incarto Lamal). Sempre nelle medesime osservazioni (doc. XVI), l'UAI ha pure osservato che " tale diagnosi non è confermata dal SMR in assenza di elementi strumentali oggettivi (referti di laboratorio) e di sintomi neurologici attestati da specialisti. ". Il TCA non può approvare l'operato dell'UAI, in quanto agli atti - a parte l'incarto LAMal (ove, però, come anzidetto, non figura alcuna valutazione specialistica) - mancano, come anzidetto, i questionari " rapporto medico: integrazione professionale/rendita " che l'UAI non ha inviato/ richiesto agli specialisti curanti dell'assicurato e che dovrà, pertanto, raccogliere agli atti, nell'ambito del rinvio di cui si dirà appresso. È comunque utile sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8). In questo contesto è pure utile ricordare che, a fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, "Le perizie nelle

assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). Dagli atti dell’incarto emerge, pertanto, la necessità di una valutazione specialistica dello stato di salute dell’assicurato in ambito oncologico, endocrinologico e neurologico. Stante quanto precede, non consentono di giungere ad una diversa conclusione le annotazioni del 13 novembre 2019 (doc. VIII-1) e del 10 dicembre 2019 (doc. XII-1) del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4. Analogamente a quanto valutato dall’Alta Corte nella STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non può, quindi, fondare il proprio giudizio sul rapporto finale 13 settembre 2018 (doc. 17 incarto LAI) e sull’annotazione dell’11 luglio 2019 (doc. 30 incarto LAI) del medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale. All’UAI incombeva, dunque, prima di emettere la decisione impugnata il 2 ottobre 2019 (che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3; STCA 32.2018.169 del 20 agosto 2019, consid. 2.4), accertare in maniera completa ed esaustiva quale fosse il reale stato di salute dell’assicurata mediante un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPGA). Non avendolo fatto, gli atti devono essere rinviati all’amministrazione affinché ponga rimedio alle proprie mancanze per l’allestimento - previo aggiornamento degli atti medici - di una perizia pluridisciplinare (in ambito oncologico, endocrinologico e neurologico), prima di emettere una nuova decisione relativa al diritto alla rendita del ricorrente. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l’incarto all’Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall’amministrazione che necessitavano di un complemento o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall’amministrazione (cfr., fra le tante: STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.9). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente anziesposte, ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all’amministrazione, affinché metta in atto l’accertamento peritale necessario, al fine di chiarire lo stato di salute dell’assicurato e le sue conseguenze sulla sua capacità lavorativa nell’attività abituale e in attività adeguate. Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata e l’incarto rinviato all’UAI per l’allestimento - previo aggiornamento degli atti medici dal profilo somatico (tenuto conto della documentazione medica versata agli atti anche in questa sede) - di una perizia pluridisciplinare (in ambito oncologico, endocrinologico e neurologico), in cui gli specialisti coinvolti procederanno, come di consueto, ad una discussione globale. Giova qui difatti ribadire che, a fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie (come nel caso di specie) non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in

Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). 2.6. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare in questa sede la fattispecie con riferimento alle ulteriori censure ricorsuali (in particolare, che, nel caso di specie, il reddito da invalido dovrebbe essere quello che l'assicurato percepisce nella sua attività abituale di cuoco al 20% e non quella derivante dalle tabelle TA 1 rispettivamente che andrebbe in ogni caso considerata una deduzione sociale del 10%: cfr. doc. I, pag. 4) sollevate dalla patrocinatrice in questa sede. Tali questioni dovranno essere affrontate se e quando dovesse emergere che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.13; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.13). Per motivi di economia processuale, il TCA ricorda il riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), nell'ambito delle decurtazioni sociali operate dall'UAI. Per quanto concerne la tesi della patrocinatrice dell'assicurato, secondo la quale il grado di invalidità andrebbe stabilito prendendo in considerazione la perdita di guadagno effettivamente patita dal suo cliente svolgendo l'attività abituale di cuoco al 20%, il TCA rileva sin d'ora che, conformemente alla giurisprudenza, una delle condizioni necessarie affinché la perdita di guadagno concreta possa essere considerata perdita di guadagno computabile, è quella che l'interessato eserciti un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve ritenere che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua (cfr. RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a). Questa condizione è espressione del principio generale del diritto delle assicurazioni sociali che obbliga l'assicurato ad intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3). Ad esempio in una sentenza U 334/02 del 22 aprile 2003 l'Alta Corte ha rilevato: " (...) Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire d'abandonner son entreprise au profit d'une activité plus lucrative (arrêt A. du 10 décembre 2001, U 74/ 01; RCC 1983 p 246). " (cfr. STCA 32.2018.143 del 18 giugno 2019, consid. 2.6). 2.7. Alla luce di quanto appena esposto (cfr., in particolare, consid. 2.5), il TCA rinuncia anche all'assunzione di ulteriori prove. Va ricordato che, 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2019.48 del 14 ottobre 2019, consid. 2.7; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.10). 2.8. 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. In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF

8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.11), le spese per fr. 500.- vanno messe a carico dell'UAI che verserà fr. 2'100.- al ricorrente a titolo di ripetibili. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria con concessione di gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5; STCA 32.2017.99 dell'8 gennaio 2018; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.11; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.12).

#### **E. 28**

ottobre 2019 (doc. D-6), giusta il quale:

L■assicurato ha versato inoltre agli atti il referto medico del 7 novembre 2019 relativo all'■elettroencefalogramma (EEG) del 5 novembre 2019 del dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (doc. D-2 e D-3), giusta il quale:

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