

TI_GERICHTE 32.2022.3 vom 14. April 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-04-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.3

FR: TI_GERICHTE 32.2022.3 du 14 avril 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.3 del 14 aprile 2022

Regeste

Conferma della decisione incidentale con la quale l'Ufficio AI ha definito la necessità di un accertamento peritale in ambito internistico, neurologico, psichiatrico e gastroenterologico. L'assicurata aveva invece chiesto di estendere l'accertamento ad altre discipline mediche

Erwägungen

E. 20

dicembre 2013 consid. 1.2; 8C_780/2011 del 4 dicembre 2012 consid. 1.2.1), ritenuto che trattandosi di decisione incidentale in assenza di un danno irreparabile il ricorso contro la stessa va dichiarato irricevibile (STF 9C_9C_805/2007; STCA 38.2019.54 del 6 novembre 2019; art. 93 cpv. 1 lett. a LTF). 2.5. Nell'evenienza concreta l'insorgente, pur aderendo alla richiesta di esperire una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, psichiatrico, neurologico e gastroenterologico, ritiene in sostanza che la stessa debba essere estesa anche a livello ORL, ortottico, reumatologico, metabolico, endocrinologico, fisiatrico, ortopedico, pneumologico e sulla capacità di resistenza. Postula inoltre di sottoporre ai periti una lista di domande già redatte in merito alle chieste discipline mediche. L'assicurata ha poi chiesto l'attuazione di un'inchiesta empirica e di una valutazione della capacità funzionale EFL, nonché la presa di provvedimenti in ambito lavorativo, come l'utilizzo di supporti ergonomici e mezzi ausiliari. Trattandosi di una decisione incidentale, come detto sopra (cfr. consid. 2.4), l'insorgente deve dimostrare l'esistenza di un danno irreparabile affinché il TCA possa entrare nel merito della controversia. Ora, nella risposta di causa l'Ufficio AI ha correttamente rilevato come nel ricorso l'assicurata non lo abbia fatto valere. In effetti l'insorgente non ha sostenuto che gli accertamenti medici prospettati incideranno in maniera rilevante sulla sua integrità fisica e psichica. Inoltre, vista la richiesta di estensione della prospettata perizia pluridisciplinare, evidentemente non si può ravvisare un caso di "seconda opinione" configurante, come visto al considerando precedente, un motivo di danno irreparabile. Nelle osservazioni 10 marzo 2022 (doc. VIII) l'assicurata ha tuttavia addotto: "... la signora RI 1, inabile al lavoro al più tardi dal mese di ottobre 2020, perderà il proprio diritto allo stipendio intero nel corso del mese di settembre 2022. La mancata ed ingiustificata esecuzione di una perizia medica pluridisciplinare quale quella richiesta dalla stessa - a fronte della decisione qui impugnata dell'UAI - avrebbe quale conseguenza l'emanazione di una decisione di rendita AI errata e parziale poiché fondata su accertamenti di natura medica non completi. Il conseguente accoglimento del ricorso avverso la decisione di rendita, con rinvio degli atti all'amministrazione per complemento dell'istruttoria, non permetterebbe di porre rimedio alla situazione di grave disagio personale ed economico che andrebbe a realizzarsi a scapito dell'assicurata, poiché interverrebbe tardivamente rispetto alla decadenza del diritto al salario. L'impatto di una siffatta situazione legata - come detto - al realizzarsi di una grave situazione di indigenza e

disagio economico imputabile all'inutile trascinarsi della procedura amministrativa, è suscettibile di comportare un aggravio tale da incidere anche sull'integrità e sulla salute fisica e psichica dell'assicurata. Da qui il danno irreparabile.” Ora, non è escluso che dopo l'attribuzione del mandato, sulla base degli atti ricevuti, il centro peritale decida di estendere la perizia ad altre discipline (sul punto cfr. infra consid. 2.8). Non è inoltre assodata, come sostenuto dalla ricorrente, l'erroneità della futura decisione di rendita e tantomeno un trascinamento inutile di una procedura. Del resto, va ricordato che secondo la giurisprudenza, un danno meramente fattuale, come può essere il prolungamento della procedura o un aumento delle sue spese, non può essere considerato irreparabile (DTF 137 IV 240 consid. 1.1., 133 IV 141 consid. 4; cfr. consid. 2.2.) Non essendo stato fatto valere un pregiudizio irreparabile ai sensi della giurisprudenza succitata, il ricorso va dichiarato irricevibile. In ogni caso, anche volendo entrare nel merito dell'impugnativa, lo stesso verrebbe comunque respinto per le seguenti ragioni. nel merito 2.6. Giusta l'art. 43 cpv. 1 LPGA, nel tenore valido sino al 31 dicembre qui applicabile, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto. Per l'art. 43 cpv. 2 LPGA, se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi. Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (art. 43 cpv. 3 LPGA). 2.7. L'assicurato può fare valere contro la decisione incidentale mediante la quale viene ordinata una perizia medica, dei motivi formali di ricusa dei periti, come pure dei motivi di natura materiale contro la perizia in quanto tale (ad esempio, poiché si tratta di una “seconda opinione”), contro il tipo e l'estensione della perizia (ad esempio, trattandosi della scelta delle discipline) o ancora contro la persona dell'esperto designato (segnatamente per quanto riguarda le sue competenze professionali) (cfr. Commentaire Romand LPGA-J.O. Piguët, art. 44 LPGA n. 24; DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; 138 V 271 consid. 1.1). L'Alta Corte ha pure considerato che occorre riconoscere una più grande importanza all'attuazione consensuale di una perizia, ispirandosi segnatamente all'art. 93 LAM, secondo il quale l'assicurazione militare è tenuta a emanare una decisione incidentale suscettibile di ricorso (soltanto) se vi è disaccordo con il richiedente o i suoi congiunti sulla scelta del perito. Secondo il TF, è responsabilità sia dell'assicuratore sociale che dell'assicurato ovviare ad appesantimenti della procedura che potrebbero essere evitati. Non si deve inoltre dimenticare che una perizia fondata su un accordo comune fornisce dei risultati più concludenti e meglio accettati dall'assicurato (DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). Nella DTF 139 V 349 consid. 5.4, il TF ha infine stabilito che le esigenze a cui devono sottostare le perizie mediche, così come sono state descritte nella DTF 137 V 210 per quanto riguarda le perizie pluridisciplinari SAM, sono di principio applicabili per analogia alle perizie mono e bidisciplinari. 2.8. Nel caso concreto, l'assicurata è affetta da un sospetto disturbo psicosomatico (Somatic Symptoms Disorder), una sindrome vestibolare cronica di origine funzionale e polineuropatia delle piccole fibre (cfr. rapporto 27 settembre 2021 dell'_____ di _____, reparto di neuroriabilitazione, doc. 25), diagnosi riprese nelle annotazioni 22 novembre 2021 dal dr. med. _____ del SMR (doc. 42). Nelle medesime annotazioni il citato sanitario, premettendo che è stata richiesta una perizia internistica, psichiatrica, neurologica e

gastroenterologica, ha pertinentemente spiegato i motivi per cui le ulteriori specialità mediche evidenziate dall'insorgente non necessitano di una specifica valutazione. In particolare egli ha evidenziato: " Attualmente il rappresentante legale chiede aggiunta di - valutazione oftalmologica: da notare che l'assicurata in estate è stata sottoposta a videooculographia senza riscontro di patologia organica a tale livello. Si ritiene presente un'origine funzionale alla base dei disturbi (cfr. rapporto 21 luglio 2021 della Clinica universitaria di neurologia dell' _____; pagg. 130 e 131; n.d.r.) - richiesta di valutazione endocrinologica, fisiatrica, ortopedica e ORL: faccio presenze che rassicurata è stata valutata a livello ORL senza riscontro di una patologia vestibolare. Non sono state evidenziate finora patologie endocrinologiche, ortopediche/fisiatriche che richiedano una valutazione. - pure non è presente una patologia polmonare che richieda una valutazione peritale. Confermo quindi il contenuto della richiesta peritale non essendovi altre patologie che richiedano una valutazione peritale." Ora non vi sono ragioni per discostarsi dalle suddette annotazioni, redatte da un medico. Né del resto l'assicurata ha prodotto documentazione che permetta di ritenere necessaria l'estensione della perizia pluridisciplinare ad altre specialità. L'unico referto allegato al ricorso è il rapporto del 12 gennaio 2022 della dr.ssa _____ (doc. A3). Tale atto è stato valutato dal citato medico SMR, il quale nelle annotazioni 31 gennaio 2022 ha rilevato che "... viene suggerita presenza di un dismetabolismo dell'istamina sulla base di un esame laboratorio sempre al limite, quindi non patologico ". Pertanto ha confermato la sua presa di posizione del 22 novembre 2021 "in presenza di una problematica primariamente funzionale/psicosomatica, valutazione condivisa dai medici dell'Inselspital " (IV). Va poi ricordato che il nuovo art. 44 cpv. 56 della LPGGA, entrato in vigore il 1° gennaio 2022, recependo la giurisprudenza del TF [DTF 139 V 349 consid. 3.3; cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo) del 15 febbraio 2017 in FF 2017 pag. 2339], prevede che in caso di perizie mono e bidisciplinari le discipline sono stabilite in via definitiva dall'assicuratore e in caso di perizia pluridisciplinare, come nella fattispecie in esame, dal centro peritale. Quindi alla fine, sarà il centro peritale ad eventualmente estendere le discipline mediche da valutare. In merito alle altre obiezioni sollevate dall'assicurata, questo TCA non può che riportare quanto a ragione l'Ufficio AI ha evidenziato nella risposta di causa: " ... con riferimento ai quesiti peritali proposti giusta l'art. 44 cpv. 3 LPGGA è l'assicuratore che decide in via definitiva le domande da porre al perito. Nello specifico le domande aggiunte da controparte sono già integrate nei quesiti peritali proposti e non permettono di raccogliere ulteriori elementi clinici rilevanti per la definizione del caso medico-funzionale. In merito si riprende quanto già espresso nella Circolare sulla procedura nell'AI (_____, ultima versione 1° gennaio 2022) alla nota 3097: "Se rassicurato pone domande supplementari, ufficio AI /e verifica sia qualitativamente che quantitativamente, nel quadro del suo margine discrezionale. Le domande dovrebbero favorire l'esecuzione di una perizia che adempia i requisiti giuridici (DTF 137 V 2 10 consid. 3.4.1). L'ufficio AI decide in via definitiva le domande da porre al perito (art. 44 cpv. 3 LPGGA); in merito alla richiesta di valutazione della capacità funzionale EFL l'UAI reputa tale esame non giustificato attualmente. Si precisa che un esame EFL si rende utile allorquando a livello medico-funzionale i periti specialisti non giungono a conclusione unanime o dove vi è discrepanza di valutazione (cfr. STF 9C 730/2014 del 1° dicembre 2014 consi4. 2.3, 9C 132/2016 del 21 giugno 2016 consid. 3.3); in merito agli adattamenti sul posto di lavoro gli stessi saranno verificati dal servizio competente (specialisti dell'integrazione professionale), chiariti i limiti funzionali del caso specifico."

Per tutti questi motivi, pertanto, rettamente l'Ufficio AI ha previsto l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, psichiatrico, neurologico e gastroenterologico. La decisione impugnata merita di conseguenza conferma, mentre il ricorso, nella misura in cui è ricevibile, va respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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 di 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.