

TI_GERICHTE 36.2011.81 vom 25. April 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-04-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2011.81

FR: TI_GERICHTE 36.2011.81 du 25 avril 2012

IT: TI_GERICHTE 36.2011.81 del 25 aprile 2012

Regeste

IPG. Valutazione medica del fiduciario della Cassa: completa esaustiva eseguita dopo approfondita visita. Da condividere

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv.

E. 2

della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2. Il ricorso, presentato nel termine di 30 giorni dall'intimazione della decisione resa su opposizione è tempestivo e contiene una sufficiente esposizione dei fatti, una motivazione adeguata e conclusioni precise a seguito del decreto di completazione citato. Il gravame è quindi ricevibile in questa sede. nel merito 3. Il Tribunale cantonale delle Assicurazioni deve risolvere il quesito a sapere se il ricorrente possa beneficiare di indennità per perdita di guadagno successivamente al 30 settembre 2011 al termine cioè del periodo concesso con decisione formale, poi confermata con decisione su opposizione, dall'assicuratore malattia per trovare una nuova attività confacente allo stato di salute alla luce dell'ammessa impossibilità di continuare la precedente attività lavorativa. 4. Giusta l'art. 72 cpv. 1 LAMal gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGGA). Per quanto non pattuito altrimenti, il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGGA non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. E' mantenuta la protezione assicurativa per la capacità

lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGa, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione. A norma dell'art. 72 cpv. 6 LAMal l'articolo 19 LPGa è applicabile unicamente se il datore di lavoro ha partecipato al finanziamento dell'assicurazione d'indennità giornaliera. Sono fatti salvi altri accordi contrattuali. 5. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI - applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) - viene considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta, oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 cons. 1c; DTF 111 V 239 cons. 1b; maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, T. I, pag. 286 segg.). L'art. 6 LPGa prevede che è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente LPGa (sentenza del 22 giugno 2004, U 193/03, cons. 1.3 e seguenti con riferimenti). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) - bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 cons. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie vige il principio - comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 cons. 3c; DTF 117 V 278 cons. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 cons. 3; DTF 111 V 239 cons. 2a; DTF 105 V 178 cons. 2). Quindi, se da un lato la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (PETER, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata). 6. Come descritto dettagliatamente nelle considerazioni di fatto la patologia dell'assicurato è stata

sistematicamente seguita con attenzione dall'assicuratore che ha chiesto a più riprese valutazioni del suo medico fiduciario dott. _____ di _____. Il professionista ha, nei suoi primi rapporti, esaminato e condiviso il persistere di una inabilità lavorativa piena così come postulato dai curanti. In data 8 giugno 2011 lo specialista in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione FMH e medicina manuale ha posto la diagnosi di: " - Lombosciatalgia subacuta a destra in/con × stato dopo asportazione microchirurgica di un'ernia discale mediana-paramediana destra in L4/5 (23.08.2010) × tessuto del pregresso intervento occupando anche il recesso laterale a destra (RM del 25.11.2010). (...)" (Doc. 29) ed ha ritenuto come le limitazioni funzionali potessero essere descritte come riportato nelle considerazioni di fatto per esteso (si faccia riferimento al punto D che precede) concludendo per una inabilità totale nell'attività di lattoniere, in assenza di ulteriore intervento chirurgico. Alla luce quindi delle limitazioni, considerate definitive, è stata ritenuta preclusione della ripresa dell'attività lucrativa svolta in precedenza, al contrario per altre attività, conformi alle limitazioni, il signor RI 1 è stato considerato pienamente abile e ciò a partire dallo stesso giorno. Come dettagliato in precedenza la cassa ha sospeso le sue prestazioni, a partire dal 1 ottobre 2011, concedendo così un termine, ritenuto comunque congruo e non contestato come tale dal ricorrente, di quasi 4 mesi pieni per reperire una attività professionale confacente (punto 2 del ricorso). Va sin d'ora osservato come il tempo concesso dalla decisione sia conforme ai dettami di giurisprudenza e non possa qui essere oggetto di critica alcuna. 7. Il signor RI 1 contesta tale valutazione medica e lo fa sulla scorta dei rapporti dei suoi curanti consegnati agli atti, citati e noti. Egli, a fronte della domanda di prestazioni AI, è stato sottoposto a valutazione da parte del SMR. Nel rapporto 13 luglio 2011 consegnato agli atti ed allestito dagli specialisti dott. _____, FMH in medicina interna, e _____, FMH in chirurgia, si evidenzia come il signor RI 1o soffra di una sindrome spondilogenica cronica a destra con componente radicolare irritativa con stato dopo asportazione microchirurgica di un'ernia discale mediana-paramediana destra L4/5 avvenuta il 23 agosto 2010 e presentante un tessuto cicatriziale e materiale discale rimanente in sede del citato intervento e che occupa il recesso laterale a destra (come dimostrato dalla RM 25 novembre 2010). Nelle loro valutazioni i due specialisti incaricati hanno ritenuto un carico massimo possibile di 5 kg, la necessità dell'alternanza della postura ma non la difficoltà nello svolgimento di attività di precisione o di pause supplementari. I medici hanno ritenuto, sulla scorta delle motivazioni note alle parti siccome consegnate agli atti posti a disposizione, le seguenti conclusioni: "Con uno stesso stato di salute oggettivamente invariato nel breve tempo trascorso tra la perizia di giugno 2011 e la valutazione odierna ... (è) ... certamente giustificata una IL del 100% nell'abituale attività di lattoniere. Si può giudicare come lavoro adatto ... un'attività che tenga pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua e di tutti i limiti funzionali descritti ... ritengo esigibile una IL del 30%". Come indicato in precedenza il ricorrente è stato posto al beneficio di una valutazione presso il centro di accertamento professionale di _____ sulla scorta delle valutazioni ricapitolate nel verbale di chiusura del 25 agosto 2011 della responsabile signora _____ dell'AI. L'UAI ha negato un diritto ad una rendita considerando un'invalidità del 32 %. 8. Le valutazioni del dott. _____ hanno quindi trovato una sostanziale piena conferma in quelle dei medici specialisti incaricati del SMR. Dal canto loro i curanti Dr. _____ e Dr. _____ hanno ribadito (doc. 62 e 63) il persistere di una sintomatologia dolorosa, ribadendo poi una piena IL (Dr. _____) con atto del 5 luglio 2011 e del 2 agosto 2011 (doc. 67 e 68). Il dott. _____ con certificato del 5 settembre 2011, senza particolare approfondimento e

senza una specifica presa di posizione sulle valutazioni del dott. _____ e del SMR, ha confermato una IL totale. Da notare come il dott. _____ abbia preso posizione invece sulle indicazioni dei curanti (doc. 76) rilevando assenza di novità tale da indurre una rivalutazione (scritto 19 settembre 2011). 9. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 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 TF 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 LPG (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 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 è 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). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

E. 2.3

Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche

unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (...) Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l' invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell' ambito dell' assicurazione per l' invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell' occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) 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). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat

d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) 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). 10. Nel caso concreto la valutazione operata dal dott. _____, medico fiduciario della Cassa, appare completa, dettagliata, precisa, motivata, esauriente nelle motivazioni e frutto di attenta, e personale, analisi diretta del paziente. Il dott. _____ è stato inoltre confrontato con gli accertamenti medici dei curanti e si è espresso in merito valutandoli sia esplicitamente che implicitamente nei suoi numerosi scritti consegnati agli atti e noti alle parti (per cui non occorre riprenderli qui in dettaglio). La conclusione cui è giunto il dott. _____, che è specialista qualificato e competente in materia, va, come detto, pienamente condivisa. Questa valutazione trova implicita conferma nelle diagnosi e le conseguenze sull'IL quale lattoniere 19 luglio 2011 del SMR svolte sul paziente. Va quindi pienamente condivisa la valutazione secondo cui il ricorrente è completamente inabile nella sua abituale attività di lattoniere, mentre è abile in attività confacenti con le limitazioni indicate dallo specialista di _____ e riportate nelle considerazioni di fatto. Tra la valutazione del SMR e quella del dott. _____ sussistono divergenze unicamente quò alla capacità lavorativa residua in attività confacenti. L'UAI, che ha pienamente condiviso il parere dei dott. _____ e _____, non può essere qui seguito. Non va infatti dimenticato come lo specialista incaricato dall'assicuratore malattia è un esperto particolarmente qualificato nella materia medica qui in discussione, con provata esperienza nelle valutazioni di situazioni quali quella in discussione. Non solo, egli ha svolto una dettagliata visita, si è specificatamente confrontato con tutto il materiale medico raccolto ed ha valutato compiutamente la capacità residua dell'assicurato in una attività confacente. Le valutazioni dei due specialisti FMH in medicina interna e chirurgia del SMR non possono equivalere a quella del reumatologo specialista. Non solo, le motivazioni date dal perito incaricato dall'assicuratore malattia sono decisamente complete e convincenti. Va quindi considerato qui che il ricorrente sia completamente abile in attività confacente. Nulla muterebbe, nelle conclusioni della presente procedura, anche se si ritenessero le conclusioni del SMR poiché, in ogni caso – come appare dalla decisione dell'UAI non impugnata – non si giungerebbe ad un grado di invalidità che permetterebbe al ricorrente di beneficiare di ulteriori indennità, ciò anche volendo ritenere le basi di calcolo della Cassa, che appaiono corrette come vedremo, e non quelle dell'UAI. Come detto, comunque, questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni condivide pienamente le considerazioni del professionista ticinese incaricato dall'assicuratore malattia. 11. Alla luce della situazione fisica presentata dal ricorrente e della sua incapacità la Cassa ha determinato l'invalidità residua al fine di verificare il sussistere di un diritto a rendita considerandola nulla. Come detto l'UAI competente ha emesso una decisione con cui ha concluso per un'invalidità del 32%. Il calcolo per giungere a tale determinazione – che non è stato contestato come d'altra parte il resto delle motivazioni dell'UAI – non deve qui essere esaminato in dettaglio. Il calcolo eseguito dalla Cassa va invece verificato puntualmente. L'assicuratore malattia ha ritenuto,

come detto, nella decisione su opposizione, una invalidità non indennizzabile. In sostanza l'assicuratore è partito da un salario annuo da valido di CHF 51'276.00, cifra che non è stata discussa dal ricorrente tramite il patrocinatore. Nell'ambito di tale attività il salario mediano nazionale è superiore, ritenuta la percentuale del 5% riconosciuta dalla giurisprudenza in materia, del 9,11%. Considerando un salario da invalido conseguibile di CHF 61'838,10 annui in attività confacente (l'importo ritenuto dall'UAI è di CHF 85.00 inferiore ma ciò non cambia – come detto - la sostanza delle cose, in ogni caso il ricorrente ed il suo patrocinatore non hanno discusso minimamente questo salario conseguibile da invalido in attività leggere), e ritenuta la riduzione del 9,11% si ottiene un salario conseguibile da invalido di CHF 56'204,65. Anche se si volesse considerare una significativa riduzione del reddito conseguibile da invalido alla luce della sintomatologia dolorosa, della formazione, ritenendo l'età e l'esperienza dell'assicurato (elemento questo non considerato nel calcolo della qui resistente e così come sembra suggerire l'UAI nel proprio provvedimento) e si volesse valutare (per il semplice e puro calcolo, tale percentuale non ha comunque alcun substrato concreto) la percentuale massima prevista del 25%, si otterrebbe una invalidità residua non indennizzabile siccome nettamente inferiore al 50%. 12. Da quanto precede discende che il ricorso deve essere respinto siccome l'invalidità residua del ricorrente non raggiunge una percentuale indennizzabile. Non si prelevano tasse e spese giudiziarie e non si attribuiscono ripetibili.

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