Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Corte delle assicurazioni sociali
del Tribunale federale

Causa
{T 7}
I 811/03

Sentenza del 31 gennaio 2005
IIa Camera

Composizione
Giudici federali Borella, Presidente, Schön, Buerki Moreni, supplente; Schäuble, cancelliere

Parti
M._____ ricorrente, rappresentato dall'avv. Beni Dalle Fusine, piazza Dante 8, 6901 Lugano,

contro

Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino, via Ghiringhelli 15a, 6500 Bellinzona, opponente

Istanza precedente
Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano

(Giudizio del 28 novembre 2003)

Fatti:
A.
M._____, nato nel 1949, cittadino serbo, attivo quale muratore e piastrellista, in data 27 settembre 2000 ha presentato istanza all'Ufficio assicurazione invalidità del Cantone Ticino (UAI) tendente all'assegnazione di prestazioni per adulti. A sostegno della propria richiesta ha prodotto alcuni certificati medici secondo cui risultava inabile al lavoro al 100% dal 24 novembre 1999 in quanto affetto da sindrome lombo-vertebrale cronica con turbe statiche, scoliosi sinistra convessa, protrusione discale L4/L5, sindrome degenerativa della lombare con faccettopatie, tendomiogelosi e miogelosi a catena, sindrome depressiva, stato dopo ulcera gastrica e sintomatologia conversiva caratterizzata da disestesie del corpo a sinistra.

L'UAI, dopo aver sottoposto l'assicurato ad esami medico-specialistici eseguiti dal dott. G._____, reumatologo, e dal dott. D._____, psichiatra, e posto in atto alcuni accertamenti di natura economica, con decisione del 7 gennaio 2003, confermata con provvedimento del 12 marzo seguente in seguito all'opposizione interposta dall'interessato, ha respinto la domanda di rendita, ritenuto che il grado di incapacità al guadagno, dedotto dal raffronto del reddito annuo da valido quale muratore/piastrellista di fr. 68'754.- con quello ancora conseguibile con l'invalidità secondo quanto previsto dai dati pubblicati dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica, in attività non qualificate, ridotto del 10% in seguito alle limitazioni dovute al danno alla salute, pari a fr. 46'539.-, risultava essere unicamente del 32.26%.
B.
Contro il provvedimento amministrativo l'assicurato è insorto con gravame al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, chiedendone l'annullamento e, segnatamente, il riconoscimento di una rendita di invalidità. Ha in particolare censurato la fedefacenza delle perizie mediche esperite pendente causa amministrativa ed il fatto che non era stato tenuto conto della documentazione da lui prodotta, motivo per cui ha chiesto l'erezione di una perizia giudiziaria specialistica essendo nel suo caso il grado di inabilità lavorativa del 50%.

Tramite giudizio del 28 novembre 2003 il Tribunale cantonale ha respinto il gravame, ritenuto che le perizie esperite in sede amministrativa risultavano ineccepibili, mentre il grado di invalidità non raggiungeva il tasso minimo previsto dalla legge.
C.
Avverso la pronunzia cantonale M._____, rappresentato dall'avv. Beni Dalle Fusine, interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, chiedendo l'assegnazione di una rendita intera di invalidità. Dei motivi si dirà, se necessario, nei considerandi.

Chiamati a pronunciarsi sul ricorso, l'UAI ne propone la reiezione, mentre l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali non si è espresso.

Dopo la presentazione della risposta di causa il ricorrente ha prodotto nuova documentazione medica che attesta l'esistenza di una patologia di natura angiologica la quale, secondo il medico interpellato, giustificherebbe l'erogazione di una rendita intera di invalidità. Ulteriore documentazione relativa alla medesima patologia è stata trasmessa a questa Corte il 19 agosto, il 7 settembre, il 1°ottobre e il 5 novembre 2004.

I citati documenti sono stati inviati per conoscenza all'amministrazione, la quale non si è espressa in merito.

Diritto:
1.
Oggetto del contendere è la questione di sapere se a ragione l'autorità giudiziaria cantonale, confermando l'operato dell'amministrazione, abbia negato a M._____ il diritto a una rendita di invalidità.
2.
La legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, entrata in vigore il 1°gennaio 2003, ha apportato numerose modifiche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che dev'essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 4 consid. 1.2). Ne discende che nel caso in esame, in cui la richiesta di prestazioni è stata presentata nel settembre 2000, si applicano da un lato le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2002, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre per il periodo dal 1°gennaio 2003 al 12 marzo seguente, data della decisione su opposizione impugnata, trovano invece applicazione le nuove norme (per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore al 1°gennaio 2003, cfr. DTF 130 V 4 consid. 3.2).
3.
Nella misura in cui la procedura di ricorso concerne l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, l'ambito del potere cognitivo del Tribunale federale delle assicurazioni non è limitato all'esame della violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento, ma si estende anche all'esame dell'adeguatezza della decisione impugnata; la Corte in tal caso non è vincolata dall'accertamento di fatto operato dai primi giudici e può scostarsi dalle conclusioni delle parti, a loro vantaggio o pregiudizio (art. 132 OG).
4.
Dopo la presentazione della risposta di causa dell'amministrazione il ricorrente ha prodotto nuova documentazione medica attestante un'arteriopatia aorto-iliaca bilaterale che secondo il medico interpellato giustificherebbe l'erogazione di una rendita intera di invalidità.

Ora, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni non è lecito produrre, dopo la scadenza del termine di ricorso, salvo nell'ambito di un secondo scambio di allegati, nuovi documenti, a meno che essi costituiscano fatti nuovi rilevanti o prove decisive ai sensi dell'art. 137 lett. b OG e siano pertanto suscettibili di giustificare la revisione della sentenza del tribunale (DTF 127 V 357 consid. 4). Per questa norma, la revisione di una sentenza del Tribunale federale è ammissibile quando l'istante, dopo la sentenza, ha conoscenza di fatti nuovi rilevanti o trova prove decisive che non aveva potuto fornire nella procedura precedente.

In concreto la questione se i nuovi documenti vadano considerati, in quanto atti a giustificare una revisione della sentenza, può per i motivi che seguono, restare indecisa.
5.
Nei considerandi del querelato giudizio la Corte cantonale ha già correttamente ed esaustivamente indicato le disposizioni applicabili per stabilire il grado di invalidità e, quindi, l'eventuale diritto alla rendita di persone che svolgono attività lucrativa.
5.1 A tale esposizione può essere fatto riferimento e prestata adesione, non senza tuttavia ribadire che nel caso di assicurati attivi, il grado di invalidità deve essere determinato sulla base di un raffronto dei redditi. A tal fine si stabilisce il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (art. 28 cpv. 2 LAI), la differenza tra i due importi permettendo di calcolare il tasso d'invalidità.
5.2 Va poi ricordato che 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 consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute e indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro. Inoltre, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
5.3 Quanto alla valenza probante d'un rapporto medico, secondo la giurisprudenza 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, 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PCF e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

Così, le perizie affidate dagli organi dell'assicurazione invalidità, 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 sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (cfr. VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/bb).

Per quel che riguarda invece le perizie di parte, il Tribunale federale delle assicurazioni ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore, da un punto di vista probatorio, di una perizia giudiziaria, il giudice deve pertanto valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351; VSI 2001 pag. 110 consid. 3c).

In relazione poi alle attestazioni del medico curante, questa Corte ha già ripetutamente decretato che il giudice può ritenere, secondo la generale esperienza della vita, che, in dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli attesta a suo favore (VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4 con riferimenti).

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza dell'8 ottobre 2002 in re C., I 673/00). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).
6.

Nel caso in esame dalla pronuncia cantonale emerge che il giudice adito ha ritenuto fedefacenti le perizie esperite in sede amministrativa dai dottori D._____, psichiatra, e G._____, reumatologo, così come i redditi considerati per stabilire il grado di invalidità dell'assicurato secondo il metodo ordinario.

Il ricorrente dal canto suo censura la forza probante delle perizie mediche esperite in sede amministrativa, e di conseguenza sostiene che, ai fini di stabilire il grado di inabilità lavorativa, la Corte cantonale avrebbe dovuto ordinare una perizia giudiziaria. Pendente causa egli fa inoltre valere un peggioramento dello stato di salute a causa di un'arteriopatia aorto-iliaca bilaterale, che secondo il dott. P._____ giustificherebbe il versamento di una rendita al 100% e di cui il dott. G._____ avrebbe già sospettato l'esistenza pendente causa amministrativa, in occasione della redazione della propria perizia.
6.1 Il dott. G._____, specialista in reumatologia, nella perizia esperita all'attenzione dell'UAI il 21 novembre 2001, ha diagnosticato una sindrome lombovertebrale cronica di entità lieve con turbe statiche del rachide (scoliosi destroconvessa in zona lombare) e alterazioni degenerative (discopatia L4/5 con ernia discale centrale, spondilartrosi tra L4 e S1), una sindrome da dolore cronico (sospetta somatizzazione nell'ambito di un'evoluzione depressiva), una sospetta osteopenia, una possibile arteriopatia periferica a destra (sospetta claudicatio intermittente), nonché tagabismo.

Per quanto concerne la possibile esistenza di un'arteriopatia, il dott. G._____ ha in particolare precisato di aver riscontrato all'arto inferiore destro una diminuzione della circolazione arteriosa da imputare ad una probabile simile patologia. Il paziente - soggiunge il dott. G._____ - avrebbe riferito di una sensazione di disestesia e bruciore che apparirebbe regolarmente camminando oltre 10-15 minuti circa. Lo specialista afferma che non gli sarebbe stato possibile chiarire se si tratti in parte di una sindrome claudicante. Non gli è sembrato comunque che l'anomalia circolatoria potesse modificare l'apprezzamento della capacità lavorativa.

Nelle proprie osservazioni finali l'esperto ha consigliato al medico curante di valutare l'indicazione per un approfondimento diagnostico riguardante un'eventuale arteriopatia periferica nella gamba destra, rispettivamente l'esistenza di un'osteoporosi, patologie tuttavia - a suo dire - senza influsso determinante sulla valutazione della capacità lavorativa.

A proposito del grado di capacità lavorativa dell'assicurato, il perito ha precisato che il tasso era pari al 50% nella precedente attività di muratore/piastrellista, mentre in attività che tenessero conto delle limitazioni fisiche (impossibilità di alzare pesi superiori a 10-12 chili dal suolo, movimenti di flessione del tronco con ritmo ridotto, impossibilità di svolgere lavori in flessione o estensione prolungata), egli poteva addirittura raggiungere una capacità lavorativa normale. Il medico ha tuttavia indicato che la valutazione non considerava gli aspetti esulanti dall'ambito reumatologico che risultavano dominanti e riguardavano una sindrome algica diffusa interpretata quale sindrome da dolore cronico, da ritenere espressione di un disagio di natura psico-sociale con manifestazioni somatoformi.

Dal canto suo il dott. D._____ incaricato dall'UAI di esperire una perizia psichiatrica, ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10: F 45.4) con evidenti segni di aggravamento, escludendo tuttavia - contrariamente al medico curante dell'assicurato, dott. B._____, psichiatra - una sindrome ansioso-depressiva o un altro quadro psicopatologico maggiore. Egli ha pertanto attestato una capacità lavorativa del 100% per qualsiasi lavoro ritenuto compatibile con le limitazioni reumatologiche.

Alla luce delle conclusioni peritali succitate e senza procedere, come suggerito dal dott. G._____, ad ulteriori approfondimenti di carattere medico in relazione alla possibile esistenza di un'osteonia, rispettivamente di un'arteriopatia, e delle relative conseguenze sull'incapacità lavorativa dell'interessato, l'UAI ha quindi proceduto a fissare il grado di invalidità dell'assicurato.
6.2 Pendente causa di ricorso di diritto amministrativo l'assicurato ha trasmesso una valutazione angiologica eseguita dal dott. P._____ il 27 luglio 2004, il quale accerta una sintomatologia algica agli arti inferiori sicuramente di origine mista, da un lato la problematica lombo- vertebrale oggettivata un anno fa circa, senza però nozioni di canale spinale stretto, e dall'altro un'arteriopatia aorto-iliaca bilaterale. Difficile sarebbe stabilire con certezza quale delle due patologie sia predominante per l'origine dei disturbi invalidanti del paziente.

I dolori alla schiena che insorgono immediatamente dopo l'inizio dello sforzo, farebbero pensare piuttosto ad una problematica lombovertebrale, ma, vista l'assenza di un canale spinale stretto, i dolori bilaterali alle gambe sono probabilmente da attribuire alla patologia arteriosclerotica. Il dott. P._____ ritiene quindi che da un lato occorrerà eseguire un'angiorisonanza magnetica e dall'altro bisognerà rivalutare sicuramente la problematica alla schiena sottoponendo il caso anche ad uno specialista. Dopo queste due procedure - soggiunge il medico - si dovrà ancora decidere se procedere ad un tentativo di angioplastica sub-intimale oppure ad un by-pass aorto-bifemorale. La
situazione clinica attuale comunque giustificherebbe l'erogazione di una rendita di invalidità del 100%.

Dall'angiorisonanza eseguita all'aorta addominale il 6 agosto successivo presso l'Ospedale Z._____, è risultata un'occlusione di partenza dell'asse iliaco a destra e dell'arteria iliaca esterna di sinistra. I radiologi interpellati hanno proposto un intervento di ricanalizzazione tramite dissezione subintimale e una stenosi di partenza stretta dell'arteria iliaca interna di sinistra.

In seguito l'assicurato si è pure recato in Serbia, dove si è sottoposto ad una visita specialistica del prof. R._____, il quale ha proposto di procedere ad un intervento chirurgico, che potrebbe da lui essere eseguito in Svizzera, in particolare a Losanna.
7.
Sulla base degli atti medici summenzionati questa Corte ritiene di dover concludere che sia la decisione su opposizione sia il giudizio cantonale si fondano, da un punto di vista medico, su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti. In effetti, anche alla luce di quanto attestato dal dott. P._____, che conferma, seppur tardivamente, i sospetti espressi dal dott. G._____ già nel novembre 2001 in relazione all'esistenza di un'arteriopatia, risulta probabile che i dolori alle gambe di cui soffriva l'interessato già al tempo della procedura amministrativa (perlomeno per quel che concerne la gamba destra) fossero da ricondurre non solo alle affezioni lombari, che del resto secondo i medici interpellati non spiegavano del tutto i disturbi lamentati dal paziente, rispettivamente alla sindrome da dolore somatoforme, ma anche ad un'arteriopatia, la cui esistenza, tuttavia, malgrado i chiari dubbi espressi in tal senso dal reumatologo, non è stata per nulla investigata né dall'UAI, né dai curanti.

Solo approfondendo anche questo punto la Corte cantonale avrebbe potuto disporre di un quadro completo dello stato di salute dell'assicurato e quindi sarebbe stata in grado di pronunciarsi compiutamente.

In proposito va inoltre precisato che l'opinione del perito, secondo cui la citata patologia non avrebbe limitato la capacità lavorativa dell'assicurato, è irrilevante e quindi non è atta a giustificare l'omissione nell'accertamento dei fatti in cui sono incorse le istanze precedenti. In effetti, ritenuto che il dott. G._____ è specializzato in reumatologia, non in angiologia, egli non era competente per trarre conclusioni del genere, tanto più che non era nemmeno del tutto sicuro che tale patologia si fosse effettivamente manifestata. Del resto non lo ha fatto concretamente, ma si è limitato a formulare un'ipotesi.

Ne consegue che, alla luce di quanto dichiarato dal dott. G._____ nella perizia esperita in sede amministrativa, reso plausibile anche da quanto emerso a posteriori in questa sede, secondo cui da un punto di vista angiologico ci si troverebbe ora confrontati con una situazione d'urgenza, l'UAI avrebbe dovuto approfondire la questione medica chiaramente sollevata dal perito e stabilire, tramite un consulto specialistico supplementare, se tale affezione fosse effettivamente presente e quali fossero le eventuali conseguenze nel caso concreto per quanto concerne l'abilità lavorativa del richiedente. Essendo infatti pendente una procedura amministrativa, fondata sul principio dell'accertamento d'ufficio dei fatti, questo compito non spettava al medico curante.

In simili circostanze non si può pertanto affermare che la decisione amministrativa su opposizione ed il giudizio impugnato si fondino su accertamenti completi, in quanto neppure il giudice cantonale ha approfondito le questioni mediche lasciate in sospeso dall' amministrazione.

Il ricorso va pertanto accolto e l'incarto ritornato all'amministrazione affinché esperisca una perizia specialistica pluridisciplinare - nel cui ambito l'assicurato venga esaminato da un punto di vista angiologico, reumatologico e psichiatrico - al fine di accertare, in particolare, se l'esistenza dell'arteriopatia stabilita definitivamente

pendente causa di ricorso di diritto amministrativo poteva già essere presente nel 2001, come sospettato dal dott. G._____, e in caso di risposta affermativa quali fossero le conseguenze di tale affezione, sommata agli ulteriori disturbi, sulla capacità lavorativa dell'interessato già prima della decisione su opposizione impugnata, momento fino al quale questa Corte tiene conto dei fatti rilevanti ai fini del giudizio (DTF 129 V 4 consid. 1.2).

Sulla base delle nuove conclusioni peritali, l'UAI si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato così come sul diritto ad un'eventuale rendita.
8.
A titolo del tutto abbondanziale dev'essere infine precisato che questa Corte non può esprimersi, come richiestogli pendente causa dal ricorrente, sulla fattibilità e sull'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattia dell'intervento prospettato dal prof. R._____ presso la Clinica C._____ in relazione all'arteriopatia. In effetti tale questione è di competenza esclusiva dell'assicuratore malattia cui è affiliato l'interessato e delle relative condizioni di assicurazione.
9.
Vertendo sull'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, la procedura è gratuita (art. 134 OG). Vincente in lite, l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto a ripetibili che saranno poste a carico dell'amministrazione soccombente (art. 159 e 135 OG).

Per questi motivi, il Tribunale federale delle assicurazioni pronuncia:
1.
In accoglimento del ricorso di diritto amministrativo, il giudizio cantonale querelato del 28 novembre 2003 e il provvedimento amministrativo in lite del 12 marzo 2003 sono annullati e la causa è rinviata all'Ufficio assicurazione invalidità del Cantone Ticino affinché, dopo aver esperito gli accertamenti indicati nei considerandi, statuisca nuovamente sul grado di invalidità e sull'eventuale diritto ad una rendita di M._____.
2.
Non si percepiscono spese giudiziarie.
3.
L'Ufficio assicurazione invalidità del Cantone Ticino verserà a M._____ la somma di fr. 2'500.- (comprensiva dell'imposta sul valore aggiunto) a titolo di indennità di parte per la procedura federale.
4.
La presente sentenza sarà intimata alle parti, al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, alla Cassa di compensazione del Cantone Ticino e all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.
Lucerna, 31 gennaio 2005
In nome del Tribunale federale delle assicurazioni
Il Presidente della IIa Camera: Il Cancelliere: