GR_GERICHTE S 2014 120 vom 11. November 2014

GR Gerichte, 2014-11-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2014 120

FR: GR_GERICHTE S 2014 120 du 11 novembre 2014

IT: GR_GERICHTE S 2014 120 del 11 novembre 2014

Regeste

rendita AI (aumento) | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

E’ controversa la decisione di non entrata in materia sulla richiesta di revisione. Nell’ambito del presente ricorso il Giudice delle assicurazioni sociali può esaminare solo la questione si sapere se l'amministrazione ha rifiutato a giusto titolo di entrare in materia sulla richiesta revisione. Se il Tribunale dovesse concludere che l'istante ha reso verosimile un peggioramento delle proprie condizioni di salute, per la definizione del grado di detto peggioramento gli atti andrebbero rinviati all'ufficio AI, per cui una decisione di merito sul preteso grado d'invalidità del 100%, come perorato nel ricorso, non sarebbe a questo stadio del procedimento comunque ancora possibile.

E. 2

a) Giusta l'art. 17 cpv. 1 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà per il futuro aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d’ufficio o su richiesta. Conformemente all'art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201), se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (DTF 130 V 71 cons. 2.2 e riferimenti). Scopo di questo requisito è quello di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate (DTF 130 V 68 cons. 5.2.3, 117 V 198 cons. 4b con

- 4 - riferimenti). Nell’ambito dell’art. 87 OAI è sufficiente rendere verosimile il cambiamento preteso e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida altrimenti nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 353 cons. 5b, 125 V 195 cons. 2, 121 V 47 cons. 2a e 119 V 9 cons. 3c/aa; STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008 e I 55/07 del 26 novembre 2007). Se l'assicurato non rende attendibile che la sua invalidità si è modificata in modo tale da influire sul diritto alla rendita, la nuova domanda è dichiarata irricevibile, nel senso che l'ufficio AI emana una decisione di non entrata in materia. Se per contro è resa credibile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 cons. 2b e DAS 2002 AI no. 26). b) Per esaminare materialmente una domanda di revisione di rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una notevole modificazione, tale da influire in modo diverso sulla perdita di guadagno rispetto a quanto accertato nell’ultima decisione di rendita cresciuta in giudicato e

fondata sui principi giurisprudenziali stabiliti per determinare il grado d'invalidità quali l'accertamento dello stato di fatto determinante, l'apprezzamento coscienzioso delle prove e il paragone dei redditi (DTF 130 V 71). D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto vista in astratto, ma piuttosto in rapporto ad una variazione del grado d'invalidità. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (sentenza del Tribunale federale U 403/06 del 9 ottobre 2007 cons. 7 e RCC 1987 pag. 38, cons. 1a). D'altra parte la necessità di rendere credibile il peggioramento dipende da presupposti meno rigorosi di quelli previsti nel

- 5 - diritto processuale civile. In questo senso, alla condizione che l'aggravamento vada reso credibile non possono essere poste esigenze troppo severe quali l'entità dell'incidenza sulla rendita o riguardo il carattere invalidante delle nuove affezioni (DAS 2014, AI no. 33).

E. 3

a) Nell'attestazione del 20 gennaio 2014 (recte: 20 giugno 2014, essendo lo scritto pervenuto all'ufficio convenuto il 23 giugno 2014 e riferendosi lo stesso a fatti avvenuti dopo il gennaio 2014), il medico curante accertava a partire dal mese di marzo 2014 una completa inabilità lavorativa, essendo il ricorrente sempre molto stanco e non più in grado di fornire prestazioni lavorative. Per il curante dott. med. B._____ il viaggio dal domicilio al posto di lavoro e l'attività di tappezziere sarebbero stati per l'istante troppo impegnativi. La certificazione di un grado d'incapacità del 100 % sarebbe stata decisa dopo aver consultato anche il dott. med. C._____. Da quanto risulta dalle osservazioni 14 luglio 2014 fatte dal ricorrente al decreto provvisorio, il dott. med. C._____ concordava sulla completa inabilità lavorativa, questo prima però di aver visitato il paziente. Al momento che il paziente era stato dal medico curante dichiarato inabile al lavoro completamente, ovvero l'8 marzo 2014, il consulto da parte del dott. med. C._____ non aveva ancora avuto luogo. Per il resto, la certificazione fornita dal curante si limita a indicare quanto viene dal paziente soggettivamente risentito e come il viaggio e il lavoro svolti siano troppo impegnativi. In base alle risultanze dell'indagine reumatologica (vedi considerando che segue), la situazione clinica del paziente è invece rimasta invariata dall'epoca della fissazione della rendita. L'inabilità lavorativa del 100 % stabilita dal medico curante va allora considerata come una diversa valutazione della stessa situazione. Come però è già stato precisato, la divergente valutazione medica o giuridica di una situazione di fatto essenzialmente rimasta invariata non giustifica una

- 6 - revisione materiale (DAS 2012 AI no. 18; sentenza del Tribunale federale 9C_408/2013 cons. 2 del 14 novembre 2013). b) Per accertare l'eventuale grado di un peggioramento, il paziente si sottoponeva a visita specialistica, menzionando tutte le affezioni che riteneva incidessero sulla sua situazione lavorativa quali: artralgie alle mani e alle ginocchia in parte accompagnate da gonfiori, rigidità alle dita, intolleranza di prestazione e dispnea da sforzo con spossamento e stanchezza. Nella relazione specialistica del 12 maggio 2014, riferita agli esami condotti sul paziente durante una degenza ospedaliera dal 6 al 10 maggio 2014, il dott. med. C._____ osservava però che malgrado le lamentele addotte dal paziente non poteva essere evidenziato alcun focolaio della patologia principale (morbo di Wegener). In particolare non era riscontrabile alcuna reazione infettiva, il tomogramma del torace e dei polmoni confermava il reperto già evidenziato in precedenza e la funzione polmonare era nella norma. Per il medico le artralgie potevano

essere ricondotte ad un sovraccarico delle articolazioni o ad una mancanza di attività fisica. La causa della stanchezza era possibilmente da imputare all'impiego di steroidi per il trattamento della malattia. Vista però la situazione del paziente, veniva consigliata una leggera riduzione di tale assunzione. Dalla relazione dello specialista in reumatologia e immunologia del 12 maggio 2014 non è in alcun modo possibile ravvisare un qualsiasi peggioramento della situazione clinica del ricorrente rispetto all'epoca della fissazione della rendita (vedi relazione dello stesso specialista del 30 settembre 2009 allorquando il paziente lamentava di essere stanchissimo e di soffrire di artralgie sempre più forti). Se quindi inizialmente anche il reumatologo avesse concordato con il medico curante a favore di una completa inabilità al lavoro dall'8 marzo 2014, dal reperto allestito il 12 maggio 2014 un corrispondente aggravamento della patologia invalidante non trova oggettivamente alcun riscontro clinico.

E. 4

a) Sentito sulla questione, anche il dott. med. D._____, del servizio accertamento medico regionale dell'invalidità, in data 3 luglio 2014, confermava l'assenza di indizi che permettessero di concludere ad un peggioramento della situazione dell'istante. L'attività al 50 % avrebbe per detto medico dato all'istante sufficiente tempo per riprendersi dagli stati di affaticamento e in detta percentuale andava ancora reputata esigibile l'esecuzione dell'attività svolta in precedenza, essendo la stessa adeguata alle limitazioni del lavoratore. Il ricorrente contesta queste conclusioni in quanto il medico partirebbe dall'insostenibile presupposto che l'attività svolta dall'istante terrebbe adeguatamente conto del suo stato di salute, mentre tale assunto non sarebbe veritiero. b) Da quanto risulta dagli atti all'incarto, il precedente datore di lavoro era interessato a mantenere il contratto di lavoro anche solo al 50 % - con questo dipendente estremamente affidabile - esentandolo dai pesanti lavori di pavimentazione e accordandogli altri compiti più leggeri come imbottire mobili, confezionare o riparare tende e spiegare ai nuovi assunti il mestiere (vedi dichiarazione del 1. febbraio 2010). Questa versione veniva integralmente confermata dall'assicurato quasi cinque mesi dopo, il 24 giugno 2010, davanti al servizio accertamento medico regionale dell'invalidità (vedi perizia pag. 2). In detta sede l'assicurato precisava di svolgere un'attività adatta al suo stato di salute e che per i lavori pesanti era stato assunto un nuovo dipendente. Anche sotto questo aspetto pertanto, non è stato reso credibile un cambiamento importante delle condizioni di lavoro. Neppure una diminuzione del rendimento è stata resa plausibile. Il fatto che in una determinata situazione, la carenza di personale abbia costretto il ricorrente a spalare neve non può essere considerata un elemento di sensibile rilievo ai fini del giudizio, in quanto la situazione era caratterizzata da fattori insoliti quali il diverso compito

 affidato all'istante, la carenza di personale e l'innevamento. Dal punto di vista della situazione professionale, gli spostamenti in macchina dell'istante sono rimasti gli stessi dalla fissazione della rendita nel 2011 e possono essere ritenuti, considerato il persistere di un'incapacità del 50%, adeguati alle restanti risorse dell'assicurato.

E. 5

A prescindere dall'ammissibilità dell'introduzione e della presa in considerazione di ulteriori indagini mediche, dopo l'emanazione della decisione di non entrata nel merito della revisione nel luglio 2014, neppure quanto certificato dagli esami sonografici e tomografici

del 15 settembre 2014 giova alla causa dell'istante, in quanto rispetto agli esami precedenti del 23 agosto 2009 quelli eseguiti di recente mostravano una situazione rimasta invariata.

E. 6

In conclusione, la non entrata nel merito sulla domanda di revisione merita conferma e il ricorso è respinto. In deroga all’art. 61 lett. a LPGA, 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 tra fr. 200.-- e fr. 1'000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (art. 69 cpv. 1bis dalla legge federale su l’assicurazione per l’invalidità [LAI, RS 831.20]). Considerato l’esito del ricorso, i costi del procedimento vanno accollati al ricorrente in quanto parte soccombente. Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto.

- 9 - 2. Vengono prelevati dei costi di fr. 700.--, il cui importo sarà versato da A._____ entro trenta giorni dalla notifica della presente decisione all’Amministrazione delle finanze del Cantone dei Grigioni, Coira. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazioni]

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