

GR_GERICHTE S 2010 64 vom 28. September 2010

GR Gerichte, 2010-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2010_64

FR: GR_GERICHTE S 2010 64 du 28 septembre 2010

IT: GR_GERICHTE S 2010 64 del 28 settembre 2010

Regeste

rendita AI | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Dal 1. giugno 2004 l'istante beneficia di una rendita intera d'invalidità. La controversia verte sul grado d'invalidità del ricorrente dopo il 30 settembre

2009. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143 e STF I 597/04 del 10 gennaio 2006, I 689/04 del 27 dicembre 2005, I 38/05 del 19 ottobre 2005, I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 della legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 della legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 cons. 3.5). Basta pertanto ribadire che per ammettere l'esistenza di una modifica di rilievo occorre confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita, rispettivamente, se del caso, dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108, 130 V 351 cons. 3.5.2, 125 V 369 cons. 2 con riferimento). Per giurisprudenza costante, la valutazione giudiziaria della (in)capacità lavorativa sulla base di conclusioni mediche è un accertamento di fatto (DTF 132 V 398 cons. 3.2 e 3.3). Fa parte di questo accertamento pure la questione di sapere in quale misura una persona assicurata, sulla base delle proprie potenzialità e delle proprie risorse, presenti una capacità lavorativa residua e in quale misura l'esercizio di attività confacenti possa essere ritenuto ragionevolmente esigibile. Analogo discorso può essere fatto con riferimento al quesito di sapere se una (in)capacità lavorativa si è modificata in modo rilevante ai fini di un'eventuale revisione durante un determinato periodo di tempo.

E. 2

a) Dopo l'infortunio subito, l'istante continua a presentare un quadro di disturbi di carattere essenzialmente psichico. Infatti, sia dal punto di vista ortopedico che neurologico, la sintomatologia accusata dal paziente non aveva più alcun

correlato organico (vedi referti del 28 maggio 2007 e del 18 settembre 2008 dello specialista in ortopedia dott. med. ... e neurologici del 22 maggio 2007 e 19 settembre 2008 del dott. med. ... nonché del 22 febbraio 2008 del dott. med. ...). Per quanto riguarda la problematica psichica, in base alla documentazione medica agli atti è indubbio che dal consulto psichiatrico avvenuto nel 2007 ad oggi la situazione clinica del paziente abbia subito dei miglioramenti. All'epoca erano stati diagnosticati un episodio depressivo di media gravità in relazione di causalità almeno parziale con il trauma subito nel 2003 (vedi relazione interdisciplinare del 21 giugno 2007 con particolare riferimento alle risultanze del consulto psichiatrico ad opera della dott. med. ...) con sindrome biologica e l'accentuazione dei tratti di personalità. A detta dell'esperta, quest'ultima diagnosi non rappresentava un vero disturbo psichico, ma costituiva un fattore suscettibile di influenzare lo stato di salute o che avrebbe potuto richiedere la presa a carico di servizi sanitari. Per contro la presenza di una sindrome psicoorganica era stata ritenuta possibile ma non probabile. La specialista in psichiatria e psicologia concludeva alla presenza di una patologia invalidante, ovvero quella depressiva con sindrome somatica, considerato che il paziente era angustiato, aveva difficoltà a seguire degli interessi e non era in grado di reagire in modo emozionale all'ambiente che lo circondava. Sussisteva inoltre una spiccata tendenza all'affaticamento e gli impulsi nonché il sonno erano ridotti. Il paziente accusava poi dei disturbi di concentrazione che però in occasione della visita non potevano essere meglio oggettivati (vedi referto della dott. med. ... del 20 giugno 2007). In merito all'abilità lavorativa, questa era considerata all'epoca inesistente, con possibilità di miglioramenti grazie a trattamenti appropriati. b) Giusta la valutazione dello stato psichico del paziente effettuata dai dott. med. ... e ... due anni dopo (vedi perizia del 28 giugno 2009), attualmente non esiste un episodio depressivo che si possa definire secondo criteri ICD-10 (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati) in quanto il paziente presenta un umore neutro, nessuna perdita d'interesse o piacere per le attività quotidiane, non accusa disturbi del sonno, perdita di sicurezza o di autostima, non mostra sentimenti irragionevoli di auto biasimo o di colpa eccessiva, né pensieri di morte o suicidio. Il sentimento che prevale è riferito come "stanchezza" che è da collocare in lamentele di sintomi generali, che devono essere valutati quali reazioni psichiche normali al contesto socio-economico difficile del paziente e non imputabili ad una malattia psichiatrica. Rispetto alla perizia effettuata dalla dott. med. ... nel giugno del 2007, dopo un adeguato supporto psicofarmacologico integrato non si evidenziano più criteri di classificazione per un episodio depressivo di media gravità con sindrome biologica, ma veniva confermata solo l'accentuazione dei tratti di personalità. Relativamente alle risultanze del dott. med. ... contenute nelle attestazioni del 25 marzo e 16 giugno 2009, i dott. med. ... e ... ritenevano di poter evidenziare delle differenze oggettive, in quanto le alterazioni nei livelli di attenzione e concentrazione, la riduzione marcata dell'interesse e della partecipazione ad attività significative, accompagnata da sentimento di diminuzione delle prospettive future riportate del medico curante venivano negati dal paziente grazie anche alla terapia farmacologica. Per i periti, l'assicurato avrebbe ancora le risorse psichiche necessarie per sfruttare autonomamente la capacità di lavoro residua e, dal lato psichiatrico, la capacità lavorativa era valutata al 100% in attività idonee. Anche interventi di integrazione non erano ritenuti necessari, essendo il ricorrente in grado di cercare e mantenere autonomamente un posto di lavoro compatibile con le sue capacità residue. c) Per conto dell'assicurazione infortuni, l'istante era nuovamente sottoposto ad indagine psichiatrica il 19 agosto 2009. Dalla relazione dal 6 ottobre 2009, ed in particolare dall'anamnesi medica,

risulta che la dott. med. ... non era a conoscenza dell'indagine portata a termine dei colleghi ... e ... due mesi prima. Anche per la specialista in psichiatria e psicologia era dall'ultimo controllo intervenuto un indubbio miglioramento delle condizioni del peritando sia riguardo alla sintomatica depressiva, ora di lieve entità, che per quanto concerne i sintomi della sindrome somatica, decisamente migliorati. In merito alla capacità lucrativa, l'istante era ritenuto in grado di svolgere alcune mansioni in ragione del 30%, con possibilità di scelta dell'orario di lavoro e dell'inserimento di pause. Per la dott. med. ... erano indispensabili degli accertamenti di carattere professionale, non comunque superiori ad un impiego al massimo del 50%, per non sovraccaricare il paziente. Difficilmente

giudicabile era reputata per contro la questione di sapere in quale misura sarebbe stato possibile raggiungere una capacità lucrativa sfruttabile sul mercato del lavoro (vedi perizia del 6 ottobre 2009 pag. 10). d) Confrontata con le risultanze della perizia dei dott. ... e ..., la dott. med. ... considerava le risultanze dell'indagine del giugno 2009 in parte contraddittorie. Sostanzialmente le particolarità presentate dal peritando venivano dagli esperti semplicemente giudicate quali reazioni psichiche normali al contesto socio-economico difficile del paziente e non come indicatori di patologia psichica. La pretesa assenza di patologie psichiche sarebbe poi inconciliabile con la necessità di continuare il trattamento farmacologico e di mantenere gli incontri psicoterapeutici in modo regolare per almeno un anno, come consigliato anche dai dott. med. ... e ... Sulla questione riguardante la ripercussione del danno psichico sulla residua abilità lucrativa, la dott. med. ... confermava essenzialmente la valutazione fatta in precedenza, nel senso che considerava l'assicurato abile in attività che non richiedessero una forte concentrazione in ragione del 30/40% (vedi valutazione del 17 maggio 2010). e) Anche il medico curante Prof. dott. med. ... (vedi dettagliato reperto del 4 novembre 2009) non reputava oggettivamente sostenibile il quadro clinico presentato nella perizia del 28 giugno 2009. Il test neurocognitivo al quale il paziente era stato sottoposto avrebbe evidenziato limitazioni a livello di attenzione, concentrazione, memoria anterograda e ragionamento. Dal decorso clinico risulterebbe poi che il paziente sarebbe costantemente angosciato dalla presenza di sintomi algici, accompagnati da un vissuto di rassegnazione e rabbia. L'angoscia sarebbe tanto pervasiva che il paziente cercherebbe di contenerla inseguendo nuove opinioni mediche e nuove cure (nuova cura massoterapia e appuntamento presso un fisiatra). Anche il sonno sarebbe profondamente alterato e limiterebbe l'istante nella sua quotidianità. Da lungo, il ricorrente presenterebbe poi una notevole tensione, preoccupazione e apprensione pervasive, accompagnate da accelerazioni cardiache, sudorazione, bocca secca, sensazione di avere la testa vuota, dolori muscolari, irritabilità, mancanza di reattività emozionale con un livello

eccessivamente basso di affaticabilità ed energia con perdita di autostima e sicurezza di sé. Non sarebbe pertanto corretto ritenere che non sussistano condizioni per porre una diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva. Per il medico curante, pur essendo intervenuto un miglioramento dello stato psichico dell'assicurato, allo stato attuale sussisterebbe un'inabilità lavorativa completa. f) Nelle successive prese di posizione del 3 dicembre 2009 e del 29 maggio 2010 in risposta a quanto accertato dai dott. med. ... e ..., i due dott. med. ... e ... esponevano di nuovo nel dettaglio i motivi a fondamento del loro giudizio, confermandolo nei punti essenziali e qui determinanti. Giusta la ICD, le indispensabili caratteristiche per poter porre le diagnosi di episodi depressivi, sindrome biologica o somatoforme da dolore persistente non sarebbero nell'evenienza dati. Al massimo sarebbe

riscontrabile una sindrome ansioso- depressiva senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, trattandosi di un quadro lieve, sfumato e reattivo. Il consiglio di continuare la cura farmacologica e gli incontri psicoterapeutici per almeno un anno non sarebbe contraddittorio, ma si ispirerebbe alla letteratura e all'esperienza clinica che consigliano il mantenimento di tali cure anche dopo l'immediato miglioramento delle condizioni psicopatologiche. Per questi esperti, l'istante sarebbe dal punto di vista psichico abile al 100%.

E. 3

a) Giusta la prassi dell'allora Tribunale federale delle assicurazioni, la definizione dell'invalidità contenuta nel vecchio art. 4 LAI valeva anche negli altri settori del diritto delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 290 cons. 2a, 106 V 88 cons. 2b, 98 V 166 cons. 2, STFA 1966 pag. 22). Per questo, nella misura in cui il grado d'invalidità veniva accertato dal rapporto esistente tra il reddito conseguibile senza invalidità ed il reddito ancora conseguibile da invalido, il grado d'invalidità stabilito dall'assicurazione infortuni o dall'assicurazione militare doveva essere necessariamente lo stesso di quello ritenuto determinante dall'AI. A parte una serie di limiti nell'applicazione di questo principio estranei alla situazione concreta, la valutazione operata da un assicuratore lega l'altro solo qualora le conseguenze invalidanti derivino da uno stesso danno alla salute. L'introduzione della LPGGA non ha portato alcuna

modifica sostanziale per quel che concerne i concetti d'incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità e di raffronto dei redditi. Ne consegue che la giurisprudenza sviluppatasi in precedenza attorno a queste nozioni mantiene la propria validità anche sotto l'egida della LPGGA (DTF 130 V 343). Questa premessa esclude pertanto che per uno stesso danno alla salute vengano stabiliti due diversi gradi di invalidità, frutto di una diversa valutazione medica delle ripercussioni concrete del danno subito sulla residua abilità lucrativa. b) Nell'evenienza, l'assicurazione infortuni non ha ancora definito la questione del diritto a rendita, ma l'assicurato è considerato abile al lavoro in ragione del 30/40% (vedi comunicazione del 22 marzo 2010). Dall'esame della situazione clinica oggetto del considerando 2 che precede è evidente che nel 2009 è intervenuto un miglioramento della situazione del paziente. Dato confermato dal curante stesso, malgrado questi insistesse nel valutare al 100% l'incapacità lavorativa. L'entità di tale miglioramento non è però eruibile in base alla documentazione medica agli atti, essendo le contraddizioni contenute nelle diverse valutazioni mediche di carattere sostanzialmente opposto e quindi contraddittorie. Dal punto di vista psichico, le sintomatologie che il paziente presenta vengono valutate e tradotte in modo a volte diametralmente opposto dagli esperti. Contrariamente a quanto preteso dagli organi AI, non è per questo Giudice possibile confermare il futuro rifiuto di prestazioni assicurative sulla base della perizia fatta eseguire nel giugno 2009, anche se molti aspetti di questa sono documentati in ottima forma. Questa reticenza trova essenzialmente la propria spiegazione nelle in parte diametralmente opposte conclusioni alle quali giunge l'assicurazione infortuni, dopo ripetuti consulti dell'assicurato. L'impressione che danno i due principali diversi pareri all'incanto è che tra le due parti nessuno voglia smuoversi dalle proprie posizioni. E' vero che da parte dell'assicurazione infortuni la valutazione della residua abilità è stata leggermente modificata nel senso dell'esistenza di una capacità residua del 60/70% e che gli esperti incaricati dell'AI potrebbero concordare con la diagnosi di una sindrome mista ansioso-depressiva, ma anche queste variazioni di valutazione non permettono un giudizio conclusivo sulla residua abilità

dell'istante, che varia, a seconda dei giudizi, dallo 0% fino

al 100%, trattandosi dello stesso danno alla salute. Anche se l'assicurazione infortuni non ha ancora statuito sulla rendita e benché i due assicuratori corrispondano prestazioni per dei diversi gradi di invalidità, il grado di limitazione che sembra presupporre l'assicurazione infortuni non è comunque tale da escludere l'eventuale diritto ad una rendita d'invalidità. Partendo dal presupposto che la limitazione di cui l'istante soffre è nel caso concreto la stessa per l'assicurazione infortuni e per l'assicurazione per l'invalidità, una simile fondamentale discordanza nella valutazione del danno alla salute e della conseguente abilità lucrativa non può essere appianata che tramite un ulteriore esame medico completo. A questo riguardo risulta pure auspicabile una concreta collaborazione tra le due assicurazioni, onde evitare in seguito la definizione di due diversi gradi di invalidità per le conseguenze di uno stesso infortunio.

E. 4

In conclusione, dalla documentazione medica agli atti non è possibile stabilire il grado del miglioramento intervenuto dal 1. ottobre 2009 ed in particolare la misura della residua abilità lucrativa dell'istante dal punto di vista psichico. Per chiarire questo aspetto, gli atti vengono ritornati all'ufficio AI per l'esecuzione di un nuovo accertamento psichiatrico. In deroga ai disposti dell'art. 61 cpv. 1 lett. a LPGA, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'ammontare delle spese è previsto fra fr. 200.-- e 1'000.-- in funzione dei costi di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Di conseguenza, i costi procedurali stabiliti a fr. 700.-- vengono accollati all'assicuratore convenuto che sostanzialmente soccombe nell'ambito del presente procedimento. Il ricorrente che vince la causa e che si è avvalso della collaborazione di un rappresentante legale ha diritto alla rifusione delle ripetibili (art. 61 lett. g LPGA). Non avendo il legale malgrado esplicita sollecitazione introdotta la propria nota d'onorario, l'indennità viene stabilita in base al doveroso apprezzamento di questo Giudice, avuto riguardo alla complessità della causa e alla presunta mole di lavoro. Il Tribunale decide:

1. Il ricorso è accolto e la decisione impugnata è parzialmente annullata nel senso che per decidere sulla soppressione della rendita o per stabilire l'eventuale diritto ad un'ulteriore rendita a partire del 1. ottobre 2009 sono necessari ulteriori accertamenti nel senso dei considerandi. Per questo gli atti vengono rinviati all'ufficio AI affinché proceda agli accertamenti richiesti e al successivo rilascio di una nuova decisione. 2. Vengono prelevati dei costi di fr. 700.--, il cui importo sarà versato dall'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni entro trenta giorni dalla notifica della presente decisione all'Amministrazione delle finanze del Cantone dei Grigioni, Coira. 3. L'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni versa a ... fr. 2'000.-- (IVA compresa) a titolo di ripetibili.

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