

TI_GERICHTE 32.2002.74 vom 17. Mai 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-05-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.74

FR: TI_GERICHTE 32.2002.74 du 17 mai 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2002.74 del 17 maggio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.12.2002 32.2002.74 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.12.2002 32.2002.74 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.12.2002 32.2002.74

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 32.2002.74 BS /cd Lugano 6 dicembre 2002 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 17 giugno 2002 di _____ rapp. da: _____ contro la decisione del 17 maggio 2002 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, classe 1949, manovale, dal 1° luglio 1997 è titolare di un quarto di rendita, con un grado d'invalidità del 42% (cfr. decisione 25 maggio 1999, cresciuta in giudicato, cfr. doc. AI _). 1.2. Nell'ambito della revisione della rendita avviata d'ufficio (doc. AI _), l'amministrazione ha proceduto agli accertamenti medici del caso, ordinando in particolare una perizia reumatologica affidata al dr. _____. In esito a tale perizia, con proposta di decisione 27 marzo 2002, l'UAI ha respinto la domanda di revisione, confermando il quarto di rendita poiché: " (...) Dall'esame della documentazione medico-economica acquisita agli atti AI risulta che il danno alla salute presentato dall'assicurato non giustifica un aumento del grado di rendita attualmente percepito (grado 42 %). Infatti dalla perizia effettuata dal Dr. _____ si rileva che dal lato medico (reumatologico) sussiste un'abilità lavorativa del 100 % con un rendimento al 100 % in un'attività con carichi variabili (max 25 Kg) e con possibilità di cambiare posizione di frequente. In questo senso viene quindi riconfermata la valutazione della capacità di guadagno effettuata all'epoca del riconoscimento della prestazione, che ha permesso di definire la perdita economica nella misura del 42 %. Di conseguenza, la sua domanda di revisione è respinta." (cfr. doc. AI _) Con osservazioni 3 maggio 2002 l'assicurato, rappresentato dalla _____, ha contestato il progetto di decisione, rilevando in particolare il contrasto tra la valutazione del perito e quella del medico ortopedico curante (dr. _____) in merito all'esigibilità di attività lucrative adeguate ed ha proposto la rivalutazione della fattispecie (doc. AI _). Considerate tali osservazioni non rilevanti, con decisione formale 17 maggio 2002 l'UAI ha confermato la reiezione della domanda di revisione (doc. AI _). 1.3. Contro la decisione amministrativa è tempestivamente insorto _____, sempre rappresentato dalla _____, postulando in via principale l'esecuzione di una perizia giudiziaria, ed in subordine, il rinvio degli atti all'UAI per

ulteriori accertamenti di natura medica. Sostanzialmente il ricorrente ha giustificato la richiesta ricorsuale rilevando come le valutazioni del dr. _____ e del dr. _____ siano discordanti sul grado di esigibilità in attività compatibili con il suo stato di salute.

1.4. Mediante risposta di causa 27 giugno 2002 l'amministrazione ha proposto di respingere il gravame, sostenendo che la perizia del dr. _____ risulta essere completa e dettagliata, per cui alla stessa deve essere conferita forza probatoria piena.

1.5. Il 18 luglio 2002 l'assicurato ha prodotto un certificato del dr. _____ (doc. _). Su richiesta dello scrivente Tribunale, con scritto 6 agosto 2002 l'amministrazione ha prodotto la presa di posizione del dr. _____, medico dell'UAI, in merito alla nuova documentazione medica (doc. _). Il 14 agosto 2002 il ricorrente ha presentato delle contro-osservazioni (doc. _) in diritto.

In ordine 2.1. 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 degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è il riconoscimento, in via di revisione, a _____ di una rendita maggiore a quella che attualmente percepisce.

2.3. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %.

2.4. 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 diminuita in misura corrispondente oppure soppressa (cfr. art. 41 LAI). La revisione avviene d'ufficio o su domanda (cfr. art. 87 cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (cfr. art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 in re St., RCC 1984 pag. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione secondo l'art. 41 LAI

non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. p. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a; DTF 109 V 116, consid. 3 b; DTF 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI che prevede l'assegnazione di un quarto di rendita se il grado d'invalidità è di almeno il 40%, una mezza rendita quando il grado d'invalidità è di almeno il 50% e una rendita intera quando l'invalidità raggiunge almeno il 66 2/3%. 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 (RCC 1987, pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 109 V 262; 105 V 30; Valterio, op. Cit. P. 268; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, p. 258).

2.5. Nell'evenienza concreta, _____ da anni soffre di dolori alla schiena. In occasione della prima domanda di prestazioni, con rapporto 14 agosto 1997 il dr. _____, medico chirurgo, aveva infatti diagnosticato "una sindrome lombo-vertebrogena severa su stato dopo decompressione microchirurgica con asportazione di lussato libero a livello L4-L5 e sectionomia a livello sinistro". A seguito di questa patologia l'assicurato è stato inabile nella sua originaria professione di manovale, ma abile nella misura totale in "lavori che implicino sforzi leggeri-medi, dove non ci siano pesi oltre i 15-20 kg da sollevare e dove il paziente possa cambiare una certa frequenza la posizione" (doc. AI _). Tenuto conto di queste limitazioni e non ravvisando l'opportunità di applicare dei provvedimenti integrativi, con rapporto 27 luglio 1998 il consulente in integrazione professionale aveva quindi valutato il reddito ipotetico da invalido in fr. 29'750.— dal cui raffronto con i fr. 50'550.— di salario percepito dall'interessato prima del danno dalla salute, risulta un grado d'invalidità del 42% (doc. AI _). Da qui la decisione dell'amministrazione di erogare un quarto di rendita (doc. _).

2.6. A seguito dell'avvio della procedura di revisione, con lettera 29 gennaio 2001 il dr. _____, medico ortopedico curante dell'assicurato, ha comunicato all'UAI che: "(...) Il peggioramento segnalato mi è stato comunicato dal paziente ed è quindi soggettivo. Oggettivamente non posso eseguire una valutazione di paragone, in quanto ho visto il paziente una sola volta il 20.06.00. Il quadro clinico riscontrato a tale momento, mi permetteva di stabilire che il paziente non sia più in grado di svolgere un'attività tale muratore. Invece delle attività leggere che non sollecitano la ragione lombare, svolti con la possibilità di cambiare regolarmente di posizione, sono esigibili." (cfr. doc. AI _) Non ravvisando motivi oggettivi giustificanti un aumento della rendita, con progetto di decisione 29 maggio 2001 l'UAI ha proposto di respingere la domanda di revisione (doc. AI _). Dopo aver rivisto il paziente, il 4 luglio 2001 il medico curante ha scritto all'amministrazione quanto segue: " Posso confermare che su base dell'esame clinico e radiologico, si nota un aggravamento del suo stato di salute. Il paziente soffre di una grave

spondilartrosi L4-L5, L5-S1. Come già stabilito in precedenza, risulta completamente inabile nell'attività di muratore. In teoria, in un'attività adatta durante la quale può cambiare regolarmente la posizione di lavoro e durante la quale non deve alzare pesi superiori ai 15-20 Kg, la capacità lavorativa potrebbe raggiungere al massimo il 50 %. In pratica e dal profilo umano, il paziente è da considerare completamente inabile in qualsiasi attività. Infatti è impensabile che questo paziente possa ritrovare un'attività lavorativa idonea che può svolgere nella misura del 50 %. Mi sembra quindi opportuno rivalutare dal punto di vista amministrativo la perdita economica che ne risulta che ritengo al momento sottovalutata." (cfr. doc. AI _ Di conseguenza, l'UAI ha dapprima annullato il progetto di decisione e poi ordinato l'esecuzione di una perizia reumatologica affidata al dr. _____ (doc. AI _). Nel dettagliato e completo referto 22 novembre 2001 lo specialista in reumatologia, dopo aver esaminato la documentazione medica contenuta agli atti e proceduto ad una visita ambulatoriale dell'assicurato, ha posto la seguente diagnosi: "Sindrome cervicovertebrale e lombospondilogenica cronica a sinistra su - esito da decompressione microchirurgica con asportazione di un lussato libero a livello L4/5 e discectomia a questo livello l'11 novembre 1996, - alterazioni degenerative della lombare (osteochondrosi L4/5 e L5/S1), - rachide piatto con ipercifosi della dorsale alta con conseguente protrazione del capo, - decondizionamento e sbilancio muscolare." (cfr. doc. AI _ pag.6) In merito alle eventuali conseguenze sulla capacità lavorativa, il perito ha rimarcato quanto segue: " Dal lato medico teorico, strettamente reumatologico, sussiste un'abilità lavorativa al 100 % con un rendimento al 100 % a partire da subito in un'attività adatta alle patologie sopradescritte: è proponibile un lavoro con carichi variabili (carico massimo di 25 Kg) con la possibilità di cambiare spesso la posizione del rachide; sono consigliabili impieghi che non implicano il doversi chinare ripetitivamente o rotazioni soventi della colonna vertebrale. Risulta incomprensibile il fatto che l'assicurato è rimasto inabile al lavoro a partire dal 1996. Ricordiamo che già in passato, prima dell'intervento nel 1996, accusava lombalgie, continuando però a svolgere l'attività come manovale. L'ultima attività svolta come manovale incaricato nei lavori di sottostruttura potrebbe essere eventualmente riproposta se dovesse soddisfare le condizioni ergonomiche sopramenzionate." (cfr. doc. AI _ pag. 6) Sulla base di questa perizia, atteso che lo status dell'assicurato è rimasto invariato rispetto alla prima procedura, l'amministrazione ha quindi confermato il quarto di rendita, respingendo la domanda di revisione. 2.7. Va ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice

fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C ; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, pag. 111).

2.8. Ritornando al caso in esame, occorre dunque verificare se nel lasso di tempo tra la resa della decisione del 25 maggio 1998 e quella impugnata del 17 maggio 2002 vi è stata una modifica delle condizioni cliniche tali da influire sul diritto alla rendita (cfr. consid. 2.4). Come visto, l'assicurato oppone alla perizia del dr. _____ il certificato medico 4 luglio 2001 del dr. _____. Partendo dalla medesima diagnosi (" Il paziente soffre di una grave spondilartrosi L 4-L5, L5 S1"), nonché sostanzialmente dalle medesime limitazioni funzionali accertate dal perito (".. in un'attività adatta durante la quale (il paziente) può cambiare regolarmente la posizione di lavoro e durante la quale non deve alzare pesi superiori ai 15-20 Kg ..."), il medico curante ha tuttavia valutato al 50% il grado di capacità lavorativa in siffatta attività adeguata, mentre il perito al 100%. Entrambi i medici ritengono l'assicurato pienamente inabile nella precedente attività di manovale/operaio. Orbene, secondo il TCA, la certificazione 4 luglio 2002 del dr. _____ non consente di modificare la conclusione a cui è giunta l'amministrazione basandosi sulle risultanze peritali. Il succitato sanitario non ha infatti sufficientemente oggettivato il peggioramento dello stato di salute dell'assicurato. Nemmeno in quello successivo del 18 luglio 2002 egli ha fornito una motivazione esauriente. In quell'atto il dr. _____ ha unicamente attestato che " i disturbi alla schiena sono peggiorati " e che il paziente è in cura dal suo medico curante per non meglio specificati problemi internistici. Inoltre, egli ha ritenuto che la perizia eseguita dal dr. _____ non tenga in considerazione tutti i problemi di cui soffre il paziente, senza precisare alcunché (doc. _).

Pertanto, nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il perito, specialista nella materia che qui interessa, il quale ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla totale incapacità al lavoro nell'attività di manovale, ma abile in attività rispecchianti le controindicazioni mediche. Anzi, come visto al consid. 2.6, secondo il convincente parere del perito, l'assicurato avrebbe potuto continuare ad esercitare l'attività di manovale rispettando le limitazioni descritte. Egli ha anche proposto una terapia di ricondizionamento muscolare al fine che il ricorrente possa riprendere la sua originaria attività lucrativa. In conclusione, tenuto conto che lo status dell'assicurato riscontrato dal dr. _____ è sostanzialmente rimasto invariato rispetto alla valutazione del dr. _____ eseguita in occasione della precedente procedura, la decisione dell'UAI di respingere la domanda di revisione merita conferma.

2.9. L'assicurato ha chiesto l'erezione di una perizia giudiziaria volta ad accertare il suo stato di salute e la capacità lavorativa. Al proposito si osserva che l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un

apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze degli atti di causa, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, almeno per quel che concerne la situazione fattuale presente al momento della decisione contestata, per cui non appare necessario procedere all'allestimento di una perizia giudiziaria. Sulla scorta dei precedenti considerandi, la decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso è respinto. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti

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