

TI_GERICHTE 32.2004.79 vom 2. März 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-03-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2004.79

FR: TI_GERICHTE 32.2004.79 du 2 mars 2005

IT: TI_GERICHTE 32.2004.79 del 2 marzo 2005

Regeste

domanda di revisione, in casu la patologia ortopedica non è peggiorata, l'assicurato per contro non ha prodotto alcuna documentazione che rende perlomeno verosimile una patologia psichica

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258; cfr. anche DTF 130 V 71). 2.7. Nell'evenienza concreta, durante la prima procedura sfociata con l'assegnazione di una rendita intera dal 1° ottobre 1996 ed una mezza rendita dal 1° maggio 1998, l'UAI ha disposto l'esecuzione di una perizia multidisciplinare a cura dal SAM. Con rapporto 18 giugno 1998 i periti, esposta una dettagliata anamnesi, visitato il paziente e dopo aver proceduto ad un esame psicopatologico e discusso la valutazione ortopedica del dr. _____, hanno posto la diagnosi invalidante di "sindrome lombosciatalgica cronica in - stato dopo fenestrazione microchirurgica L5-S1 a destra, decompressione del canale spinale, recessotomia laterale S1, microdissectomia di un ernia mediana e mediolaterale destra l'8.02.96; - prolasso discale residuale L5-S1 destro, lesione cicatriziale peri-radicolare S1 destra" (doc. AI 17 pag. 10). Dal profilo extra-somatico i medici del SAM hanno accertato una sindrome disforica a colorito ipocondriaco, con disturbi d'ansia fluttuanti e somatizzazione degli stessi, senza tuttavia riscontrare alcuna conseguenza sull'abilità lavorativa (cfr. doc. AI 17 pag. 9). Riguardo alle ripercussioni della patologia ortopedica sull'abilità al lavoro, i periti hanno rilevato: " (...) Questo giovane A., presenta una lombosciatalgia cronica in stato dopo intervento microchirurgico e decompressione del canale spinale con purtroppo persistenza di un prolasso discale residuale e di una lesione cicatriziale periradicolare a livello S1 a ds.. L'attuale esame clinico non ci ha permesso d'evidenziare chiari segni per una sofferenza radicolare nè per un'instabilità segmentale. I disturbi lamentati sono credibili e oggettivabili nel quadro di uno stato postoperatorio con residuo di prolasso discale e lesione cicatriziale nonché di turbe della statica su modica scoliosi toracale e anomalia di transizione lombosacrale. Per questi motivi riteniamo che l'A. non sia più idoneo per lavori fisicamente pesanti e in special modo per lavori logoranti la colonna lombosacrale. È molto positivo il fatto che l'A., abbia ripreso l'attività professionale al 50% dallo scorso 16 aprile, e ciò grazie anche alla lungimiranza dell'ex datore di lavoro. In questa situazione e in considerazione della insufficiente formazione scolastica dell'A. nonché della sua poca motivazione per una riformazione teorica, riteniamo che il suo grado di capacità lavorativa residua vada valutato nella professione attuale; vale a dire quella d'aiuto cuoco. In questo tipo d'attività, e in special modo in considerazione del clima favorevole, sul posto di lavoro, riteniamo possibile un grado di

capacità lavorativa attorno al 50%. Attualmente questo 50% è definito in una riduzione del tempo di lavoro e dei carichi professionali. Le altre patologie elencate al capitolo "diagnosi" non hanno alcun valore limitante alla capacità lavorativa dell'A. (...)" (Doc. AI 17) Sulla scorta della perizia multidisciplinare, con due decisioni del 12 novembre 1998 l'UAI ha posto il ricorrente al beneficio di una rendita intera dall'1° ottobre 1996, rispettivamente di una mezza rendita dal 1° maggio 1998. 2.8. Nell'ambito della domanda di revisione che ci occupa, con certificato 17 novembre 2003 la dr.ssa _____ ha sostenuto un rilevante peggioramento del suo paziente: " Con il presente desidero sottoporvi nuovamente il caso del paziente a margine in quanto lo stato clinico è chiaramente peggiorato nel corso dell'ultimo anno. Infatti egli dall'inizio di quest'anno ha presentato dei dolori cronici e recidivanti soprattutto a livello lombo-sacrale e spondilogeno destro, irradianti in parte anche in sede inguinale: visto la complessità del caso ho chiesto vari consulti specialistici reumatologici e chirurgici, in particolare il Dr. _____, il Dr. _____, ed il Dr. _____, come pure il neurochirurgo Dr. _____, oltre ad ricovero presso la clinica di _____ dal 11.05.03. La diagnosi clinica è la sindrome lombo-vertebrale spondilogeno su turbe degenerative in stato da microdiscectomia L5-S1 destra per ernia discale e canale spinale stretto: sono inoltre presenti dei dolori in sede inguinale che sono stati di difficile diagnosi: si pensava ad una compressione del nervo genito-femorale, pure ad una ernia inguinale incipiente, non escludendo una sintomatologia spondilogeno: la MRI, richiesta dal neurochirurgo Dr. _____ ha escluso comunque una recidiva erniaria a livello vertebrale. Soggettivamente il paziente pertanto giornalmente presenta dei dolori in sede lombare, inguinale in parte irradianti alla gamba destra che lo rendono inabile al lavoro al 100%. Questa sintomatologia influenza la depressione che il paziente presenta ormai da anni e per la quale è in trattamento con Anafranil 75mg/die, ed in cura presso la Dr.ssa _____ - psichiatra a _____; anche la depressione stessa può a sua volta influenzare negativamente i dolori che egli presenta. I vari consulti sopraccitati, dei quali allego rapporti, sono stati necessari per chiarire in particolare il dolore inguinale: si è pensato inizialmente pure ad una pubalgia, il Dr. _____ propone attualmente un intervento di una ernia inguinale. Considerata comunque la complessità del caso, e che il paziente in effetti non è più abile al lavoro al 100%, richiedo una nuova verifica dello suo stato di salute da parte vostra per confermare l'indicazione per una rendita completa." (Doc. AI 65) Al succitato scritto sono stati allegati i seguenti rapporti medici: · rapporto 13 settembre 2002 in cui il dr. _____, specialista in medicina dello sport, ha informato il medico curante dell'assicurato che: " ... il paziente presenta un classico quadro di tendinopatia inserzionale dei muscoli addominali e adduttori al bacino (pubalgia). Si tratta di una patologia spesso multifattoriale, dove nel caso specifico la patologia lombare, gli squilibri muscolari e la pervietà del canale inguinale possono contribuire a tale quadro clinico. Quale primo passo ho richiesto un bilancio radiologico approfondito comprendente la rappresentazione del bacino in piedi ed in appoggio monopodalico e della colonna lombare. Il primo approccio è sicuramente quello conservativo, ed ho spiegato al paziente che generalmente il decorso in casi simili è molto lungo. (...)" (Doc. AI 65) · rapporto del 4 aprile 2003 in cui il dr. _____, reumatologo, ha confermato una sindrome lombo-spondilogeno cronica persistente dopo discectomia L5-S+ a destra del 1996, nonché una pubalgia da chiarire, proponendo una mobilizzazione mirata con tecniche manuali. A seguito di una degenza presso l'allora Clinica _____, nel rapporto 5 giugno 2003 i medici responsabili, posta la nota diagnosi, hanno in particolare potuto accertare un soddisfacente miglioramento dei dolori e della mobilità, indicando che il

paziente "potrebbe svolgere un lavoro leggero, dove non debba sollevare o portare pesi importanti e dove abbia la possibilità di cambiare spesso posizione, in misura del 50% a decorrere dal 2.06.03". Nel rapporto

E. 5

dicembre 2003 il dr. _____ ha evidenziato: " Richiesta anticipata di revisione per peggioramento. A. 37enne già cuoco, a beneficio di AI grado 50% dal maggio '98, dopo perizia SAM datata 18.06.98, con valutazione specialistica ortopedica-reumatologica e psichiatrica. Vengono allegati dal medico curante, dr. _____ i rapporti di numerose visite specialistiche e il rapporto d'uscita dalla Clinica di _____ (maggio 2003) dove all'uscita si descrive un miglioramento e si ritiene l'A. abile al 50%. Dolori nella regione pubica, la cui origine è probabilmente un'ernia incipiente a destra che verrà operata prossimamente, e da ritenere patologica transitoria. Dolori insorti, vedi rapporto del dr. _____, durante la partita di calcio settimanale. Valutando la descrizione dei reperti ai tempi della perizia e attuali, non si nota un cambiamento. La patologia "psichiatrica" era già presente allora e la dr.ssa _____ presso cui l'A. sarebbe in cura (vedi lettera del curante) non esercita più. La richiesta è da respingere." (Doc. AI 67) Avuta conoscenza dell'infortunio sciistico occorso al ricorrente nel dicembre 2003, nella nota 1° marzo 2004 il dr. _____ ha osservato: " Per quanto riguarda l'aumento del grado AI richiesto e da noi negato ribadisco quanto scritto nella precedente proposta medico; il dr. _____ parla di peggioramento soggettivo, di una cura psichiatrica presso una terapeuta che da anni ha smesso l'attività (richiesto telefonicamente mi dice di non esserne al corrente) e ci annuncia che è stato sottoposto a diverse visite, cosa che di per sè non denuncia un peggioramento se non ci sono nuovi reperti patologici (come risulta dai rapporti allegati alla richiesta). Per quanto riguarda lo stato di salute dell'A. noto che questo non gli impedisce di praticare lo sci (e di infortunarsi al pollice sinistro, patologia transitoria come risulta dai rapporti del dr. _____). Anche l'intervento per ernia inguinale eseguito in gennaio 2004 determina solo una IL di breve durata. Non esiste quindi alcun motivo per aumentare il grado AI. Per quanto riguarda la "compatibilità" della pratica dello sci (alpino?) con la patologia lombare di cui è affetto l'A. si può dire che non è sicuramente lo sport più adatto per chi fa richiesta di una AI al 100% per mal di schiena, ma non si può negare che anche con una certa limitazione della caricabilità della colonna vertebrale una persona possa praticare lo sci con moderazione." (Doc. AI 78) Non riscontrando dunque alcun rilevante peggioramento, con la decisione in questione, l'amministrazione ha respinto la domanda di revisione. 2.9. Nel ricorso l'assicurato sostiene che l'amministrazione non ha tenuto conto della complessità del quadro clinico. Orbene, per quel che concerne le affezioni alla schiena, i nuovi atti medici non contengono elementi oggettivi di giudizio che non siano già stati esaurientemente valutati in sede di perizia 18 giugno 1998 del SAM. 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), ciò che è il caso concreto. I dr. _____ e _____ hanno evidenziato una recrudescenza dei dolori, in particolare a seguito di colpi di tosse o di starnuto, situazione non presente nel 1998 ("Nessun chiaro dolore irradiante allo starnuto ed al colpo di tosse,

nessuna turba degli sfinteri” ; cfr. perizia SAM pag. 4), senza tuttavia formulare giudizio alcuno in merito ad un eventuale peggioramento della capacità lavorativa. Riguardo ai (nuovi) dolori alla regione pubica, la cui origine, secondo i dr. _____ e _____, è da far risalire all’incipiente ernia inguinale, va rilevato che dagli atti non risulta che tale affezione abbia carattere invalidante. Va al riguardo fatto presente che gli stessi sono sorti durante una partita a calcio [nel citato scritto 13 settembre 2002 al medico curante, il dr. _____ informa di aver visto il paziente “praticante attività fisica saltuaria (una partitella di calcio alla settimana) che tre mesi orsono giocando a calcio, ha risentito dolori a livello dell’inserzione dei muscoli addominali e adduttori al bacino, mai accusati in precedenza”], quindi non a seguito di un trauma di particolare gravità. Nella nota 5 dicembre 2003 il dr. _____ ha poi fatto presente che tali dolori sono da considerare transitori (“Dolori nella regione pubica, la cui origine è probabilmente un’ernia incipiente a destra che verrà operata prossimamente, e da ritenere patologica transitoria”, doc. AI 67). L’assicurato non ha del resto prodotto alcuna documentazione atta a contrastare quanto assunto dal SMR. Vero che nel rapporto 5 giugno 2003 i medici della Clinica di _____ hanno valutando un’abilità al 50% in attività leggere, senza sollevamento di pesi importati con possibilità di cambiare la posizione, e che l’attività di cuoco/aiuto cuoco esercitata dal ricorrente non può essere considerata a tutti gli effetti una professione “leggera”, visto che, a detta di quest’ultimo, deve stare costantemente in piedi e portare spesso dei pesi non indifferenti. Tuttavia, va evidenziato che i succitati medici, grazie alle terapie eseguite, hanno potuto rimarcare un generale miglioramento delle condizioni di salute del ricorrente (“Mediante una fisioterapia intensiva consistente in terapia individuale, terapia di gruppo e terapia passiva abbiamo ottenuto un soddisfacente miglioramento dei dolori e della mobilità ed un buon miglioramento della forza e della resistenza muscolare”, sub doc. AI 65), tant’è che egli, nonostante le lombalgie, si è cimentato nella pratica dello sci, subendo il 14 dicembre 2003 un infortunio dovuto, secondo quanto dichiarato dell’interessato, ad inesperienza. Determinante è che rispetto alla perizia del SAM il quadro clinico è rimasto sostanzialmente invariato; il summenzionato rapporto della Clinica di _____ non è quindi documento idoneo a far ritenere che vi sia stato un rilevante peggioramento ai sensi dell’art. 17 LPGGA, trattandosi in realtà di una diversa valutazione di una situazione invalidante rimasta immutata (cfr. consid. 2.6). Infine, per quel che riguarda l’aspetto extra-somatico, va ricordato che in occasione della perizia multidisciplinare 18 giugno 1998 non è stata riscontrata alcuna patologia psichica limitante la capacità lavorativa (“L’A. in esame presenta una sindrome disforia a colorito ipocondriaco, con disturbi d’ansia fluttuati e somatizzazione degli stessi. Il grado d’incapacità lavorativa, dal profilo psichiatrico, nelle sue professioni esercitate prima ed ultimamente, può essere valutato nella misura dello 0%, sia attualmente che in futuro” ; perizia pag. 9). Ora il fatto che l’assicurato, a causa di una depressione, sarebbe in cura presso la dr.ssa _____ (secondo il SMR la citata specialista non eserciterebbe più la professione) non è sufficiente per ammettere l’esistenza di un danno alla salute psichica di carattere invalidante. Va al riguardo fatto presente che tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici possono determinare un’invalidità ai sensi dell’art. 4 cpv. 1 LAI, rientrano, oltre alle malattie mentali propriamente dette, anche le anomalie psichiche parificabili a malattie. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell’assicurazione per l’invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l’assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev’essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna

dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto determinante è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; Pratique VSI 2001 p. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). In casu, l'assicurato non ha prodotto alcuna documentazione medica atta a rendere perlomeno verosimile un'invalidità di origine psichica. Al proposito va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). 2.10. Pendente causa l'assicurato ha prodotto il certificato 4 ottobre 2004 della dr.ssa _____ avente il seguente tenore: " Con il presente confermo che le condizioni di salute del paziente a margine non gli consentono un'attività lavorativa al 50%, in considerazione della sua patologia lombovertebrale, definita dal punto di vista diagnostico in dettaglio in particolare nel rapporto della clinica di riabilitazione di _____ del 05.06.2003. Egli ha nel corso degli ultimi mesi tentato di svolgere qualche lavoretto anche a titolo probatorio, pure con dei lavori leggeri, ma con scarso successo, in quanto subito si è presentata una sintomatologia dolorosa livello lombosacrale. A mio giudizio la sindrome del dolore cronico che attualmente presenta il paziente è da ostacolo ad una ripresa lavorativa anche parziale. Ricordo inoltre che egli prossimamente dovrà nuovamente sottoporsi ad un intervento chirurgico di ricostruzione ligamentare della caviglia sinistra, per la persistenza di una sintomatologia dolorosa post-traumatica in questa sede." (Doc. B) Va innanzitutto ricordato che il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità delle decisioni impugnate in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui esse sono state rese (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102), motivo per cui lo stato di salute certificato successivamente alla decisione contestata (6 settembre 2004) non rientra nell'esame della presente vertenza. Del resto, pur volendo considerare quanto attestato nello scritto 4 ottobre 2004 della dr.ssa _____, secondo questa Corte, lo stesso non è suscettibile di modificare l'esito della presente vertenza e questo per i seguenti motivi. Nella misura in cui se con "sindrome del dolore cronico" il medico curante ha inteso attestare la presenza di una sindrome da dolore somatoforme, va rilevato che, ai sensi della giurisprudenza, tale sindrome rientra nella categoria delle affezioni psichiche per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende generalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni invalidanti (DTF 130 V 353 consid. 2.2.2; Pratique VSI 2000 pag. 161 consid. 4b come pure le sentenze del 2 dicembre 2002 in re R, I 53/02, consid. 2.2., del 6 maggio 2002 in re L., I 275/01, consid. 3a/bb e b nonché dell'8 agosto 2002 in re Q, I 783/01, consid. 3a). A determinate condizioni

la sindrome da dolore somatoforme può infatti causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, va fatto presente che nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 s, l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Nel caso in esame, da una parte, la valutazione di una sindrome da dolore somatoforme non è stata formulata da uno specialista in psichiatria; dall'altra, non è stato comprovato l'eventuale carattere invalidante della stessa, così come richiesto dalla succitata giurisprudenza. Nel certificato 4 ottobre 2004 la dr.ssa _____ ha anche evidenziato che prossimamente l'assicurato verrà sottoposto ad una ricostruzione ligamentare della caviglia destra. A prescindere dal fatto che si tratta di un intervento futuro, le cui eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa non rientrano nell'esame temporale della fattispecie in esame, va comunque fatto presente che tale operazione chirurgica viene generalmente eseguita per migliorare la mobilità del paziente, con evidenti benefiche ripercussioni sull'abilità al lavoro. Secondo l'esperienza generale della vita, il decorso postoperatorio doloroso può limitare la capacità lavorativa, ma di regola si tratta di un periodo temporaneo non giustificante un'incapacità al guadagno duratura. In ogni modo, qualora gli esiti del prospettato intervento dovessero causare un'incapacità lavorativa con ripercussioni sulla capacità al guadagno, ciò potrà essere fatto valere dall'assicurato in sede di ulteriore revisione della rendita, tramite la produzione della pertinente ed esauriente documentazione medica. 2.11. Il ricorrente ha chiesto l'esecuzione di una nuova perizia multidisciplinare. In merito alla richiesta di mezzi di prova, va fatto presente che se 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, pag. 47 n. 63, Gygi, Bundesverwaltungs-rechtspflege, 2° ed., pag. 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. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162

consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa. In conclusione, non essendo subentrata una modifica dell'incapacità al guadagno ai sensi dell'art. 17 LPGA, la decisione contestata merita conferma mentre il ricorso deve essere respinto.

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