

TI_GERICHTE 32.2006.22 vom 11. Januar 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-01-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.22

FR: TI_GERICHTE 32.2006.22 du 11 janvier 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2006.22 del 11 gennaio 2007

Regeste

Rinvio atti all'UAI per stabilire se sono dati i presupposti per una riconsiderazione di una decisione cresciuta in giudicato. Dagli atti non é possibile concludere che la decisione fosse manifestamente errata in quanto i medici non si erano espressi sulla capacità lavorativa in attività adeguate.

Erwägungen

E. 1

Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza.

E. 2

L'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza.

E. 2.6

L'art. 18 LAI prima frase (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2004) dispone che gli assicurati invalidi, idonei all'integrazione, hanno diritto a un sostegno attivo nella ricerca di un posto di lavoro conveniente nonché a una consulenza costante al fine di conservare il loro posto di lavoro. Rispetto al vecchio art. 18 LAI prima frase ("Agli assicurati invalidi, idonei all'integrazione, è procurato, per quanto possibile, un lavoro conveniente"), la nuova disposizione precisa il carattere più obbligatorio della misura e pone un particolare accento anche sull'aspetto di prevenzione della disoccupazione di assicurati invalidi (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 595). L'applicazione di tale articolo presuppone che l'assicurato sia invalido ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI (sia nella versione in vigore sino al 31 gennaio 2002 che in quella valida dal 1° gennaio 2003 in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA). Il diritto all'orientamento professionale presuppone dunque che l'assicurato dev'essere intralciato nella ricerca di lavoro a causa del danno alla salute. Ad esempio, una persona che non può affrontare un colloquio di lavoro perché muta o con difficoltà motorie oppure se a causa del danno alla salute necessita di particolari provvedimenti sul posto di lavoro (quali mezzi ausiliari ottici) o di particolari esigenze nei confronti del datore di lavoro (per esempio, tolleranza per le pause rese necessarie dall'invalidità dell'assicurato) (Pratique VSI 2003 pag. 273). Il TFA ha poi precisato che siccome il servizio di collocamento non rappresenta un provvedimento d'integrazione particolarmente costoso, per motivarne il diritto è sufficiente avere, nella ricerca di un nuovo posto di lavoro, difficoltà relativamente piccole dovute alla salute. Se invece la ricerca del posto di lavoro è resa problematica per altre

ragioni non legate all'invalidità, come l'assenza di posti disponibili sul mercato del lavoro, l'età dell'assicurato ecc., l'AI non deve intervenire ma, a dipendenza del caso, l'interessato dev'essere collocato dall'assicurazione contro la disoccupazione (Pratique VSI 2000 pag. 71; in merito alla differenza tra servizio di collocamento dell'AI e dell'assicurazione contro la disoccupazione cfr. DTF 116 V 85). Infine, secondo l'Alta Corte, l'assicurato con una capacità lavorativa al 100% in attività leggere adeguate non ha diritto all'aiuto al collocamento a meno che sussista una limitazione supplementare nella ricerca del posto di lavoro (Pratique VSI 2003 pag. 273; critico Cattaneo, op.cit., RDAT 2003 I pag. 598). 2.7. L'assicurata, nel mese di settembre 2004, ha chiesto la revisione della sua rendita producendo uno scritto nel quale il suo medico curante, dr. _____, FMH in medicina interna, si è così espresso: "(...) la vostra assicurata è stata rivista presso la mia consultazione il 16 e 22.09.2004. Rispetto al 2001, data dell'ultima revisione, vi è da segnalare un netto peggioramento della sintomatologia dolorosa in sede cervicale con irradiazione brachiale bilaterale così come un peggioramento della sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra dove vi è anche una importante limitazione funzionale. In queste condizioni la paziente è attualmente da considerare inabile al lavoro in misura completa. Ritengo opportuno che la paziente possa beneficiare di una rivalutazione del suo grado d'invalidità (...)" (doc. AI 35/1). Il dr. _____, nel suo rapporto medico 19 novembre 2004, ha posto la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: " - Artropatia della spalla sinistra post-traumatica con: - Sindrome di attrito sottoacromiale. - Capsulite retrattile. - Ipotrofia del deltoide e del sovraspinoso. - Stato dopo artroscopia (1993) con asportazione delle calcificazioni nel quadro di una tendinite calcarea. - Periartrite scapolo-omerale destra con sintomatologia dolorosa e limitazione funzionale. - Sindrome cervico-vertebrale con cervicgia e rachialgia bilaterale nel quadro di turbe statiche e lesioni degenerative. - Epicondilite bilaterale. - Poliartrosi alle mani. - Sindrome lombovertebrale su turbe statiche (diminuzione della lordosi fisiologica, scoliosi lombare) e lesioni degenerative (spondilartrosi)" (doc. AI 39/3) Lo stesso medico ha, in particolare, certificato che: " (...) 4. Disturbi soggettivi. Sintomatologia dolorosa e limitazione funzionale alla spalla sinistra e spalla destra, sintomatologia dolorosa ai due gomiti, in sede cervicale con irradiazione brachiale bilaterale, in sede lombare così come alle articolazioni delle mani. 5. Costatazioni. A livello delle due spalle è presente una importante limitazione funzionale soprattutto a livello della spalla sinistra. Dolore alle inserzioni tendinee e muscolari in sede paracervicale e paralombare bilateralmente. Contratture muscolari diffuse paracervicali e paralombare. Lesioni artrosiche alle piccole articolazioni delle mani. Clinicamente epicondilite bilaterale + sospetta sindrome del tunnel carpale a sinistra. 7. Provvedimenti terapeutici / prognosi In considerazione della sintomatologia sopra descritta la paziente è stata regolarmente sottoposta a delle cure fisioterapiche e medicamentose senza ottenere invero dei miglioramenti significativi. L'evoluzione nel corso degli ultimi anni ed in particolare dall'inizio del 2004 è stata sicuramente sfavorevole e ha sicuramente ulteriormente ridotto le capacità lavorative della paziente che considero inabile al lavoro nella misura almeno del 70-80%. Tale mia valutazione potrebbe essere verificata tramite una perizia reumatologica-ortopedica. (...)." (doc. AI 39/2) Al riguardo, il dr. _____, medico SMR, nelle sue annotazioni 30 dicembre 2004 ha osservato che: " (...) Trattasi di un A al beneficio di una mezza rendita dal 1993. Il MC annuncia un peggioramento della situazione dall'inizio 2004 che riguarda la problematica alla spalla sinistra e anche la spalla destra, come anche la cervicale e lombare con anche un'epicondilite. Le limitazioni presenti sono peggiorate. Per ora una

terapia specialistica non è stata indicata. Le informazioni presenti non permettono di definire meglio le ulteriori limitazioni in confronto ai documenti precedenti, limitazioni oggettive dello stato non vengono descritte specificamente dal MC. Quest'ultimo consiglia una valutazione reumatologica. In tale situazione risulta indicata una perizia reumatologica (dott. _____). (...)” (doc. AI 40/1) L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____ (doc. AI 41/1-2). Dal referto 20 marzo 2005 (doc. AI 45/1-8 e 42/1) risulta che il perito, FMH in reumatologia e medicina interna, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni oggettive, ha posto la diagnosi di: " (...) Sindrome fibromialgica generalizzata Periartrite omeroscapolare parzialmente anchilosante a sinistra, in - esito da trauma contusionale della spalla sinistra il 10.12.1992, - esito da asportazione artroscopica di calcificazioni alla spalla sinistra il 17.3.1993 Alterazioni degenerative del rachide cervicale e lombare Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, minima scoliosi toracolombare destroconvessa) Decondizionamento e sbilancio muscolare Obesità (peso 82kg/statura 158,5 cm) (...)." (doc. AI 45/7) In merito alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione, il dr. _____ ha esposto quanto segue: " (...) Giudico come lavoro adatto al danno di salute un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale residua descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%. Nella sua ultima attività principale di ausiliaria di pulizie, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 50%, dal 1.1.2004. Come casalinga, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata usuale, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3, dal 1.1.2004. (...)." (doc. AI 45/7-8) Va qui ancora rilevato che, a differenza di quanto sostenuto dal dr. _____ secondo il quale il dr. _____ "(...) nel suo rapporto non cita nulla a proposito della sintomatologia dolorosa e limitazione funzionale della spalla destra, della sintomatologia dolorosa ai due epicondili e della poliartrosi alle mani (...)" (doc. AI 54/2), al riguardo il perito ha osservato che "(...) spalla destra con mobilità passiva normale senza arco dolente, test resistivi per la cuffia rotatoria della spalla destra normali. [...] Gomiti con mobilità passiva normali con dolori periarticolari. Polso destro con cicatrice calma dorsale in esito da asportazione di ganglio, flessione del polso destro minimamente limitata con impatto muscolare, mobilizzazione passiva dei polsi dolorante. Articolazioni delle dita diffusamente indolenzite, senza tumefazioni. [...] Al mese di gennaio 2004 il medico curante fa risalire un peggioramento dello stato di salute; l'assicurata ora lamenta dolori cervicali stiranti bilaterali soprattutto a sinistra irradianti dalla colonna cervicale paravertebrali ed esterni nel braccio sinistro, con sensazione di impotenza funzionale allo stesso e di "addoloramento" delle dita III-V a sinistra (simili a quelli descritti al reumatologo curante nel luglio 1994), brachialgie anche a destra di minore entità (...)" (doc. AI 45/4 e 45/5). 2.8. Perché 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 (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). 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. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, 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 non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). Se e vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01). A finché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione

riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124) 2.9. Dopo attento esame degli atti all'inserto, ritenute le conclusioni a cui è giunto il dr. _____ nella perizia 20 marzo 2005 – alla quale va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza citata (consid. 2.8) – e visto che il medico curante si è limitato a riferire in modo generico e non documentato di un peggioramento dello stato di salute, questo Tribunale deve concludere che non vi è stato alcun peggioramento dello stato valetudinario dell'assicurata. Anche, il dr. _____, medico SMR, nelle sue annotazioni 5 dicembre 2005, rilevato che "(...) la perizia del Dr. _____ conferma in pratica uno stato di salute invariato. Un miglioramento sostanziale in presenza di alterazioni degenerative che hanno dato diritto alla rendita dal 1993 è praticamente esclusa (...)", ha concluso che "(...) la perizia dr. _____ ha escluso un sostanziale peggioramento dello stato di salute e dello stato valetudinario. Si conferma quindi stato di salute invariato rispetto al momento dell'assegnazione rendita nel 1993 (...)" (doc. AI 65/1). Alla stessa conclusione (nessun peggioramento dello stato valetudinario dell'assicurata) si deve giungere anche avuto riguardo al certificato medico 21 novembre 2005 nel quale il dr. _____ riferisce che "(...) oltre alle patologie già ben note, la paziente presentava un'importante sintomatologia dolorosa a livello delle due mani che apparivano clinicamente edematose nell'ambito verosimilmente di lesioni degenerative soprattutto a livello delle articolazioni interfalangee (...)" (doc. AI 61/5). Infatti, il medico curante non si esprime circa gli effetti sulla capacità lavorativa di dette affezioni. Inoltre, il dr. _____, FMH in reumatologia e riabilitazione, nel suo reperto 13 febbraio 2006 indirizzato al curante, ha così commentato la radiografia alle mani ap bilaterali del 7 novembre 2005: "(...) senza significative alterazioni né di tipo degenerativo né infiammatorio. Iniziale poliartrosi delle dita delle mani a livello delle articolazioni interfalangee distali e minima osteofitosi a livello dell'articolazione trapezio metacarpale I bilateralmente (...)" (doc. D). Lo stesso specialista ha pure rilevato che "(...) le valutazioni del collega reumatologo sono senz'altro pertinenti e giustificano in parte anche la riduzione della rendita d'invalidità. Le alterazioni evidenziabili in particolar modo di tipo degenerativo sono di media entità. Per un'attività lavorativa adatta in particolar modo in un'attività professionale in cui la paziente non debba sottoporre la colonna vertebrale a delle particolari sollecitazioni e non debba lavorare con la spalla sinistra alzandola sopra l'orizzontale o eseguendo dei lavori ripetitivi di rotazione, un'incapacità lavorativa inferiore al 50% può senz'altro essere determinata. La fibriomalgia di per sé non è una patologia che giustifichi un'incapacità lavorativa superiore al 20%. D'altra parte attualmente si deve

insistere dal punto di vista assicurativo soprattutto sul lato psichiatrico che è una componente subentrata sembrerebbe recentemente che molto probabilmente non è stata tenuta in considerazione durante l'ultima valutazione dal punto di vista dell'assicurazione invalidità (...)" (doc. D). 2.10. Per quanto attiene alla problematica psichiatrica il TCA rileva quanto segue. Nello scritto 10 febbraio 2006, indirizzato al rappresentante dell'assicurata, il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia spec. bambini e adolescenti, posto che dal punto di vista psichico la paziente evidenzia "(...) uno stato intellettivo-emotivo limite; considerata la sua estrazione socioculturale – un disturbo ansioso depressivo derivante da problemi di adattamento relativi all'incomprensione delle situazioni medico legali assicurative vigenti (...) ha concluso che "(...) ritengo che la signora RI 1 non sia più in grado di svolgere le mansioni di ausiliaria di pulizie se non nella misura indicata ossia del 50% (...)" (doc. C). Lo stesso specialista, nel rapporto 15 febbraio 2006 (erroneamente datato 2005) indirizzato al suo medico curante, posta la diagnosi di "disturbo da disadattamento con problemi depressivi – stato intellettivo emotivo limite – importante disturbo ansioso" e dopo aver rilevato che "(...) la paziente ha iniziato già nel mese di novembre una terapia di rilassamento che però non ha portato alcun beneficio. Si trattava di un trattamento verbale e una terapia del suono. Attualmente effettua delle terapie di rilassamento con approccio psico-corporeo (...)" ha concluso che "(...) ritengo che la signora RI 1 non sia più in grado di svolgere le mansioni lavorative abituali e questo perlomeno al 50% dal punto di vista psichiatrico (...)" (doc. VIII/2). Visto che il dr. _____ non ha mai specificato né di avere in cura, né tanto meno da quando, l'assicurata e ritenuto che è solo nel mese di febbraio 2006 che lo specialista attesta un'incapacità lavorativa parziale per motivi psichici, il TCA deve concludere che, per lo meno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 126 V 360; DTF 125 V 195; DTF 121 V 208 consid. 6b; DTF 115 V 142 consid. 8b), un eventuale peggioramento dello stato di salute dell'assicurata riconducibile a motivi psichiatrici è insorto solo dopo la decisione su opposizione. Questo vale a maggiore ragione visto che nessun motivo d'ordine psichiatrico è stato posto alla base della domanda di revisione 23 settembre 2004 e che neanche in sede di opposizione, meglio nelle motivazioni 28 novembre 2005 (in un periodo quindi in cui la ricorrente già aveva iniziato una terapia di rilassamento), l'allora rappresentante dell'assicurata ha sollevato una problematica in tale senso (doc. AI 35/1, 58/1 e 61/1-4). Inoltre, ritenute anche le esigenze poste dalla giurisprudenza per poter concludere circa l'esistenza di un danno psichico invalidante (cfr. consid. 2.8), non è possibile concludere per l'esistenza di un siffatto disturbo per il solo fatto che l'assicurata nel mese di novembre 2005 abbia iniziato una terapia di rilassamento. Di conseguenza, tenuto conto che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b), questo TCA deve confermare la conclusione dell'amministrazione secondo la quale "(...) l'ulteriore peggioramento dello stato di salute dell'assicurata basato sull'aspetto psichiatrico sarà esaminato dall'Ufficio AI all'interno di una nuova richiesta di prestazioni (...)", con la precisazione che la documentazione psichiatrica prodotta va trattata quale nuova richiesta di revisione su cui l'amministrazione dovrà pronunciarsi.

2.11. L'assicurata ha chiesto l'esecuzione di una nuova perizia reumatologica e di una perizia psichiatrica. A tal proposito va rilevato che, quando 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, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 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. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Per quanto riguarda l'esecuzione di una perizia reumatologica essa va rifiutata ritenuto che, da una parte, alla perizia del dr. _____ va riconosciuta piena forza probatoria, d'altra parte perché, anche lo specialista dr. _____ ha concluso che "(...) le valutazioni del collega reumatologo [dr. _____, ndr.] sono senz'altro pertinenti e giustificano in parte anche la riduzione della rendita d'invalidità (...)" (doc. D). Per quanto riguarda l'esecuzione di una perizia psichiatrica, nell'ambito della nuova richiesta di revisione, l'amministrazione dovrà valutare, nel contesto degli effetti di questa problematica, se è necessario ordinare una siffatta perizia specialistica.

2.12. L'amministrazione con la decisione impugnata ha soppresso il diritto a prestazioni dell'assicurata adducendo che nella deliberazione 29 agosto 1995 e nella susseguente decisione 13 febbraio 1996, con la quale all'assicurata è stato riconosciuto il diritto ad una mezza rendita AI dal 1° dicembre 1993 (doc. AI 17/1-2, 16/1-2, 15/1-3 e 14/1-2), la graduazione del grado d'invalidità operata era errata in quanto fondata sull'incapacità lavorativa del 50% nella sua professione di donna delle pulizie e non stabilita in base alla capacità di guadagno residua. In sostanza l'Ufficio AI ha considerato adempite le premesse per poter procedere ad una riconsiderazione della sua decisione 13 febbraio 1996, poi confermata nell'ambito delle revisioni intraprese d'ufficio (doc. AI 22/1, 28/1 e 33/1). Questo Tribunale, sulla sola base degli atti di causa, non può aderire alla conclusione a cui è giunta l'amministrazione. Infatti, per poter ritenere la decisione 13 febbraio 1996 manifestamente errata è necessario sapere se a quell'epoca l'assicurata era, e se del caso in quale misura, abile al lavoro in attività adeguate. Solo in questa evenienza, meglio solo nel caso in cui fosse da ritenere abile al lavoro in un'attività adeguata in una misura superiore al 50% riconosciutale nella sua attività abituale di donna delle pulizie, l'Ufficio AI avrebbe dovuto effettuare un confronto tra il reddito da valido e quello da invalido per stabilire il grado d'invalidità. Dai documenti dell'incarto LAINF emerge che nessun medico si era all'epoca espresso riguardo alla capacità lavorativa dell'assicurata in attività adeguate. Il dr. _____, esperto di medicina infortunistica e assicurativa, nella sua relazione 9 dicembre 1993 indirizzata alla _____ Assicurazioni, ha attestato che l'assicurata è inabile al 100% dal 10 dicembre 1992 per un periodo imprecisabile (doc. 1/17-21, pag. 5, incarto LAINF). Il dr. _____, FMH in neurologia, nel suo reperto 20 aprile 1994 indirizzato alla _____ Assicurazioni, ha attestato che "(...) la paziente rimane per il momento inabile al lavoro al 100% (...)" (doc. 1/12-15, incarto LAINF). Il dr. _____, FMH in medicina interna spec. malattie reumatiche, nel suo rapporto 22 novembre 1994 al medico curante, ha certificato che "(...) nell'attività di donna di pulizie (evitando lavori molto pesanti), ritengo la paziente inabile al lavoro nella misura del 50%, come casalinga l'incapacità lavorativa è da considerare dell'ordine del 20% (...)" (doc. 1/4-5, incarto LAINF). Lo stesso medico, nel suo rapporto 31 gennaio 1995 indirizzato al curante, ha attestato che "(...) al momento attuale la signora RI 1 non ha riiniziato la sua attività lavorativa, le considerazioni riguardanti l'incapacità

lavorativa espresse nel mio rapporto 22.11.1994 mi sembrano ancora realistiche (...)” (doc. AI 9/3-4). Sempre il dr. _____, nel suo scritto 29 marzo 1995 indirizzato all’Ufficio AI, si è così espresso: " (...) 2. RISPOSTA ALLA DOMANDA 1.1. EVOLUZIONE DEL CASO. CAPACITA` DI LAVORO QUALE CASALINGA E DONNA DELLE PULIZIE A TEMPO PARZIALE: I dolori permangono pressoché invariati, aggravati dal carico meccanico, frequenti nelle ore notturne, leniti leggermente dalle sedute di fisioterapia La paziente non lavora più dal dicembre 1992, dopo l’incidente (caduta dalle scale). L’intervento del 17.03.1993 non ha permesso la risoluzione dei sintomi. INCAPACITA` DI LAVORO COME DONNA DELLE PULIZIA A TEMPO PARZIALE: Durante le ore di lavoro: 50%. Tale incapacità lavorativa è in pratica giudiziosamente irrealizzabile, una reintegrazione nell’attività di donna delle pulizie anche a tempo parziale mi sembra inverosimile. Parimenti non vedo la possibilità di proporre provvedimenti di integrazione professionale. Come casalinga, tenendo conto dell’impossibilità di eseguire lavori pesanti e dei segni di risparmio riscontrati (ad es. atrofia del deltoide), penso che un’incapacità lavorativa globale del 25% possa essere giustificata. (...)” (doc. AI 10/3-4) Il dr. _____, nella perizia reumatologica 20 marzo 2005, ha concluso, senza tuttavia specificare esattamente da quando, che “(...) in un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l’assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100% (...)” (doc. AI 45/7). In simili circostanze, senza un complemento peritale presso il dr. _____ e, se necessari, ulteriori accertamenti presso i medici che l’hanno visitata, non è possibile concludere che l’assicurata fosse abile al lavoro in un’attività adeguata in una misura superiore al 50% già al momento della decisione 13 febbraio 1996 dell’Ufficio AI. Su questo punto (soppressione del diritto a una mezza rendita) la decisione impugnata deve pertanto essere annullata e gli atti rinviati all’Ufficio AI per ulteriori accertamenti. Il TCA rileva che una riconsiderazione della decisione del 13 febbraio 1996 è possibile solo nel caso in cui già in quel momento l’assicurata era abile in una misura superiore al 50% in un’attività adeguata e che dal confronto dei redditi il grado d’invalidità risultava essere diverso. L’amministrazione, ritenuto che un peggioramento dello stato valetudinario è stato escluso (cfr. consid. 2.9), dovrà pure appurare se non vi è stato un miglioramento dello stato di salute dell’assicurata che giustifichi una revisione della rendita. Va qui infatti ricordato che il dr. _____, nel suo rapporto 13 febbraio 2006, ha osservato che “(...) le valutazioni del collega reumatologo [dr. _____, ndr.] sono senz’altro pertinenti e giustificano in parte anche la riduzione della rendita d’invalidità. Le alterazioni evidenziabili in particolar modo di tipo degenerativo sono di media entità. Per un’attività lavorativa adatta in particolar modo in un’attività professionale in cui la paziente non debba sottoporre la colonna vertebrale a delle particolari sollecitazioni e non debba lavorare con la spalla sinistra alzandola sopra l’orizzontale o eseguendo dei lavori ripetitivi di rotazione un’incapacità lavorativa inferiore al 50% può senz’altro essere determinata. La fibromialgia di per sé non è una patologia che giustifichi un’incapacità lavorativa superiore al 20% (...)” (doc. D). 2.13. Con la decisione impugnata l’ufficio AI ha pure negato all’assicurata un sostegno attivo nella ricerca di un posto di lavoro ai sensi dell’art. 18 LAI. Come visto sopra, nella perizia 20 marzo 2005, il dr. _____ ha concluso che l’assicurata è abile al 100% in un’attività adeguata. In una tale evenienza, conformemente alla giurisprudenza citata (cfr. consid. 2.6), non sussistendo una limitazione supplementare nella ricerca del posto di lavoro, all’assicurata non può essere riconosciuto un diritto all’aiuto al collocamento. Su questo punto la decisione impugnata deve pertanto essere confermata. 2.14. La decisione impugnata va quindi annullata limitatamente alla soppressione del

diritto a una mezza rendita dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione 22 settembre 2005 dell'Ufficio AI (doc. AI 49/1-3, punto 1 del dispositivo) e gli atti rinviati all'amministrazione perché proceda come indicato al consid.

E. 2.12

Anche per quanto riguarda la nuova domanda di revisione gli atti vanno trasmessi all'Ufficio AI perché proceda come indicato al consid. 2.10.

E. 3

L'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso." Conformemente alla giurisprudenza del TFA, valida anche in regime di LPGA (Kieser, ATSG-Kommentar, art. 53 N 1 pag. 531), l'amministrazione può, in ogni momento, riconsiderare una decisione passata formalmente in giudicato e che non è stata oggetto di una sentenza giudiziale se questa decisione risulta indubbiamente errata e la sua rettifica riveste un'importanza notevole; sia l'assicurato che il giudice non possono tuttavia obbligarla (SVR 1996 UV Nr. 42 p. 130; DTF 119 V 477, 119 V 422, 119 V 183). In quest'ipotesi non è escluso che il provvedimento, assunto a seguito di riesame, espliciti effetto retroattivo (DTF 119 V 422 = RDAT I-1994, p. 175; DTF 119 V 180). Per valutare se una decisione è senza dubbio errata ci si deve fondare sulla situazione di diritto – compresa la giurisprudenza – esistente al momento della pronuncia della decisione (DTF 120 V 132, 119 V 480, 117 V 17). L'istituto del riesame persegue infatti lo scopo di correggere un'applicazione giuridica iniziale errata (compreso un accertamento errato dei fatti, nel senso di una valutazione degli stessi; DTF 117 V 17, 115 V 314; Kieser, Die Abänderung der formell rechtskräftigen Verfügung nach der Rechtssprechung des EVG, in: SZS 1991 p. 134). Gli errori in cui è incorsa l'amministrazione devono però essere grossolani (Kieser, in: SZS 1991 p. 135; DTF 102 V 17, 109 V 113). Un errore manifesto è ad esempio dato nell'ipotesi di un calcolo di rendita contrario alla legge (DTF 103 V 128, 119 V 483; Kieser, Rechtssprechung des Bundesgerichts zum AHG, 1996, p. 299), come pure di una valutazione errata dell'invalidità a seguito di una applicazione errata di principi fondamentali relativi al calcolo dell'invalidità (DTF 119 V 483, 110 V 179; ZAK 1991 p. 137). Secondo il TFA, per contro, l'errore nell'apprezzamento del grado di invalidità, non va considerato quale sbaglio grossolano (DTF 119 V 483, 109 V 113). Va qui rilevato che se una decisione è manifestamente errata, inconciliabile con le disposizioni legali oppure deriva da una visione errata o incompleta dello stato di fatto, la modifica della stessa può avvenire in ogni tempo (Valterio, op. cit., p. 267). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale tuttavia né la dottrina né la giurisprudenza hanno posto criteri generali circa gli effetti del riesame nel tempo (DTF 119 V 184). Ritenuto che il giudice non può costringere l'amministrazione a procedere al riesame di una decisione palesemente errata – se non è entrata nel merito della domanda (DTF 117 V 21) – bisogna ammettere che non possono esserle prescritte, in difetto di una norma positiva, le modalità del riesame e in particolare in quale misura esso debba avere effetto retroattivo (DTF 119 V 180 e 184, 110 V 296). 2.5. Giova altresì ricordare che 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 (art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si

conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. 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 (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 (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 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, p. 263; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, p. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., p. 95ss). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex tunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

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