

TI_GERICHTE 32.2009.177 vom 9. September 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-09-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.177

FR: TI_GERICHTE 32.2009.177 du 9 septembre 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.177 del 9 settembre 2009

Regeste

Vista l'applicabilità di un diverso metodo di valutazione dell'invalidità, a ragione l'Ufficio AI ha intrapreso una revisione. Rinvio atti per procedere ad ulteriori accertamenti. Effetto sospensivo

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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. 88a 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. 88a 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 pag. 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. 2.6. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché – in simili condizioni – l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136; Valterio, op. cit., pag. 199). A sua volta, l'art. 27 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " Per mansioni consuete di una persona senza

attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità." L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; J.L. Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, pag. 458; A. Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139; Valterio, op. cit., pag. 211). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

2.7. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI (cfr. art. 28 cpv. 2ter LAI in vigore fino al 31 dicembre 2007) secondo cui: " Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." Giusta l'art. 27bis OAI (cfr. art. 27bis cpv. 2 OAI nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2003): " Quando si possa presumere che gli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge, senza soffrire di un danno alla salute, eserciterebbero al momento dell'esame del loro diritto alla rendita un'attività lucrativa a tempo pieno, l'invalidità è valutata esclusivamente secondo i principi validi per le persone esercitanti un'attività lucrativa." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg. e STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita in DTF 133 V 504 e nella STF 9C_15/2007 del 25 luglio 2007. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi

compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. 2.8. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lavorativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M.; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, BG über die IV, Zurigo 1997*, pag. 28, 30; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999*, pag. 190 segg.). Riguardo alla scelta del metodo di calcolo applicabile nei singoli casi, in una sentenza del 24 aprile 2006 nella causa H. (I 276/05), il TFA ha stabilito che: "(...)"

E. 2.2

mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (STF del 14 luglio 2009 nella causa Z., 9C_323/2009, consid. 4.2 e 4.3) Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti 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 lavorativa 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, inc. 32.1999.124). 2.11. Nell'evenienza concreta dagli atti di causa risulta quanto segue. Il dr. _____, FMH in medicina interna, con scritto 19 maggio 2008 all'Ufficio AI – riferendosi alla lettera 29 aprile 2008 con la quale l'amministrazione aveva nuovamente chiesto all'assicurata informazioni circa un'eventuale attività lavorativa dall'agosto 2007 in assenza del danno alla salute (doc. AI 38/1) –, ha comunicato che "(...) con riferimento alla paziente sopra menzionata ed alla sua lettera del 29.04.2008, le riferisco che la signora è inabile al 70%. Rammento che è già in atto un'assicurazione invalidità al 42% dal 2002. I disturbi sono attualmente curati sia da me sia dal Dr. _____ e da altri specialisti. (...)" /doc. AI 41/1). Lo stesso sanitario, nel rapporto medico 26 agosto 2008 (doc. AI 47/1-6), non ha risposto alla domanda volta a sapere in quale misura e da quando è esigibile l'esercizio di un'attività lavorativa e, senza precisare in quale, ha attestato un'incapacità lavorativa del 42% da anni (vedi in particolare punti 3 e 6.2 sub doc. AI 47/2 e 47/6). Il dr.

_____, FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto medico 17 settembre 2008 (doc. AI 48/1-6), non ha risposto alla domanda a sapere in quale misura e da quando è esigibile l'esercizio di un'attività lucrativa e, senza precisare in quale, ha attestato un'incapacità lavorativa del 50% (vedi in particolare punti 3 e 6.2 sub doc. AI 48/2 e 48/6). Il dr.

_____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico 22 settembre 2008 (doc. AI 49/1-6), non ha posto delle diagnosi psichiatriche con influsso sulla capacità lavorativa e, in merito alla stessa, ha rinviato ai rapporti dei medici curanti (vedi in particolare punti 2.2, 3 e 6.2 sub doc. AI 49/2 e 49/6). Viste le risultanze mediche appena esposte – in particolare la contraddizione in cui è incorso il dr. _____ che a distanza di poco più di tre mesi ha attestato un'inabilità lavorativa dapprima del 70% e in seguito del 42% – e ritenuto che l'assicurata non è stata nemmeno visitata dai medici del SMR, non è dato a sapere su quale base il dr. _____, medico SMR, abbia potuto concludere che “(...) a) in attività lavorative come la telefonista la capacità lavorativa è totale. b) in attività fisicamente medio-leggere, come quella della portinaia, l'IL del 50% può essere oggi ritenuta plausibile, come stabilito dal dr. _____, ortopedico. [...] c) come casalinga reputo ancora coerente l'IL del 42% stabilito dall'inchiesta economica del 2002, in considerazione del fatto che non vi sono certificazioni mediche che comprovino un peggioramento dello stato di salute significativo, né reumatologico né psichiatrico. (...)” (doc. AI 52/1). Questo vale a maggiore ragione visto che nemmeno l'amministrazione ha appurato per quali motivi il lavoro di centralinista presso una clinica (esercitato al 100% limitatamente ai mesi da agosto a ottobre 2008) non abbia potuto continuare. Dalla dichiarazione 2 ottobre 2009, rilasciata dalla Clinica _____, risulta infatti unicamente che l'assicurata “(...) ha lavorato presso la Clinica _____ Sede _____ dal 4 agosto 2008 al 31 ottobre 2008 in qualità di centralinista. (...) e che “(...) non vi è stata la possibilità per un eventuale prolungo del contratto sia a tempo pieno che a tempo parziale né da parte della Clinica né da parte della dipendente (...)” (doc. AI 76/24). Inoltre, il dr. _____, nella lettera 17 giugno 2009 all'Ufficio AI, ha precisato che “(...) rammento che la situazione AI è maturata già fin dalla giovane età della paziente a causa di una malformazione congenita delle ginocchia con dolori persistenti e vari interventi nell'arco degli anni. Ancora recentemente sono state eseguite delle infiltrazioni con Ostenil e si pensa d'eventualmente sostituire le protesi. Visto il peggioramento ed il deterioramento che nei prossimi anni non potranno che essere progredienti, vedo male una qualunque possibile ripresa lavorativa. La paziente stessa ha tentato una ripresa per motivi d'ordine economico ma, purtroppo senza successo proprio a causa dei sintomi. (...)” (doc. AI 76/25) e nel certificato 30 settembre 2009 ha attestato che “(...) con la presente si certifica che la paziente sopra menzionata è in mia cura da molti anni e che a causa di malattia multipla, presenta un peggioramento graduale dello stato di salute. Ben nota è la displasia rotulea bilaterale con gravi alterazioni artrosiche secondarie ed esiti di operazioni ad entrambe le ginocchia. Nonostante le cure assidue anche presso specialisti in ortopedia, il quadro clinico rimane insoddisfacente con problemi legati sia ai dolori sia alla mobilità articolare. Vi è pure un'atrofia muscolare conseguente. Il ginocchio destro dovrebbe attualmente essere operato ma per il momento si tenta ancora una terapia conservativa. È possibile che nei prossimi anni si debba procedere ad una protesi totale. [...] Vi sono infine, numerose patologie di minore entità che non cito ma che nell'insieme danno un quadro clinico di evidente inabilità con un grado che stimo attorno al 70%. (...)” (doc. AI 76/26). Anche il dr. _____, nel certificato medico 1. ottobre 2009, ha attestato che “(...) la paziente a margine è in mia cura da anni ed ha subito diversi interventi ad entrambe le ginocchia.

Attualmente soffre per gonartrosi bilaterale, la signora in futuro dovrà essere sottoposta ad intervento di protesi totale del ginocchio bilaterale dato che la terapia conservativa non dà risultati soddisfacenti. La signora a causa di questa gonartrosi invalidante è abile al lavoro in misura massima del 50%, infatti ha fatto un tentativo di lavoro al 100% per 3 mesi con netto peggioramento dei dolori e della qualità di vita. (...)” (doc. AI 76/23). Ritenuto che il dr. _____ ha attestato un’abilità al massimo del 50% senza specificare in quale attività e riscontrato un peggioramento dopo tre mesi di lavoro a tempo pieno quale centralinista, non è comprensibile per quale ragione il dr. _____ ha concluso che “(...) b) in attività fisicamente medio-leggere, [...], l’IL del 50% può essere oggi ritenuta plausibile, come stabilito dal dr. _____, ortopedico. (...)” (doc. AI 52/1; la sottolineatura è del redattore). Il dr. _____, nel certificato medico 29 settembre 2009, non si è espresso sulla capacità lavorativa e ha attestato che “(...) attualmente la paziente è normotinnica e non presenta più alcun scompenso di registro ansioso-disforico. (...)” (doc. AI 76/27). In simili circostanze, viste le risultanze suesposte e conformemente alla giurisprudenza citata (consid. 2.10), questo Tribunale deve concludere che, solo sulla base degli atti e senza nemmeno visitarla, l’Ufficio AI non poteva ancora concludere con la sufficiente tranquillità per un’abilità totale al lavoro quale telefonista e del 50% in attività fisicamente medio-leggere. Va qui ricordato che, in merito alla perizia e/o valutazione medica sulla base degli atti, il TF, in una sentenza del 28 ottobre 2009 nella causa P. (8C_653/2009), ha, in particolare, evidenziato che: " (...)

E. 2.3

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). (...)." (STFA del 24 aprile 2006 nella causa H, I 276/05, consid. 2.3)) 2.8.1. Nel caso concreto dagli atti emerge quanto segue. L’assicurata era stata posta al beneficio di un quarto di rendita dal 1. aprile 2002 (doc. AI

18/1-2) in quanto – viste le risultanze degli accertamenti medici esperiti (doc. AI 5/1-4, 9/1-4 e 12/1-20) e dell’inchiesta economica del 20 novembre 2002 per le persone che si occupano dell’economia domestica (doc. AI 10/1-8) – , in applicazione del metodo specifico, il grado d’invalidità era del 42% (doc. AI 15/1-2) . Nell’ambito della prima procedura di revisione, avviata nel mese di marzo 2005 (doc. AI 24/1-2), l’Ufficio AI, con comunicazione 5 settembre 2005 (doc. AI 30/1-2), aveva confermato il diritto alla mezza rendita. 2.8.2. Nell’ambito della procedura di revisione del febbraio 2008 (doc. AI 36/1-2) – dopo che con lo scritto 11 gennaio 2008 l’assicurata aveva comunicato la separazione dal marito dal mese di agosto 2007, il suo stato di disoccupata e l’aumento costante del dolore alle ginocchia in caso di lavoro (doc. AI 33/1) – , alle domande poste dall’Ufficio AI in merito ad un eventuale inizio e misura di un’attività lucrativa dall’agosto 2007 in assenza del danno alla salute e circa la sua situazione di disoccupata, l’assicurata, con lettera 25 aprile 2008, ha così risposto: “(...) ho già iniziato un’attività lavorativa, forzatamente. Il danno alla salute comunque c’è, persiste da molto fastidio e limita fortemente la mia attività che ritengo nella misura del 60% inabile. Mi occupo d’attività impiegate ed inoltre ho assunto l’onere di una portineria nel senso della gestione delle problematiche degli inquilini. Evito gli sforzi fisici. Non mi sono quindi annunciata alla disoccupazione, avendo già intrapreso tutti i passi necessari per sostenermi il più possibile. (...)” (doc. AI 37/1). Come accennato (cfr. consid. 2.8), secondo la giurisprudenza, per determinare lo statuto di un’assicurata, occorre esaminare se essa, da sana, avrebbe consacrato l’essenziale della sua attività all’economia domestica o ad un’occupazione lucrativa alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (DTF 130 V 393 consid. 3.3. pag. 396 e sentenze citate). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell’assicurata, che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Vista la sua nuova situazione di separata, ritenuta l’età dei figli che vivono con lei (15 rispettivamente 18 anni; vedi doc. AI 33/1) e, soprattutto, considerato il tenore della summenzionata lettera di risposta 25 aprile 2008, a ragione l’Ufficio AI ha considerato l’assicurata quale salariata al 100% e, di conseguenza, applicato il metodo ordinario del confronto dei redditi per il calcolo del grado d’invalidità. Del resto – a prescindere dal fatto che le conclusioni a cui è giunta l’amministrazione non sono state contestate – anche dal ricorso emerge che nei mesi di agosto, settembre e ottobre 2008 l’assicurata ha lavorato al 100% quale ricezionista presso la Clinica _____. 2.9. Ricordato che una revisione può in particolare giustificarsi se un altro metodo di valutazione d’invalidità s’impone (cfr. consid. 2.5 e la giurisprudenza ivi citata) e visto che l’assicurata va ora ritenuta salariata al 100%, occorre appurare se, vista la situazione medica, a ragione l’Ufficio AI, in applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi (consid. 2.8.2), ha soppresso il diritto al quarto di rendita. 2.10. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo

contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 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 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du

déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va qui evidenziato che in una sentenza del 14 luglio 2009, 9C_332/2009 destinata alla pubblicazione, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.2 Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 zu Absatz 2 und 4577 Ziff. 2.2.1 zu Art. 7 Absatz 2; vgl. auch Protokolle der Sitzungen der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 11.-13. Januar 2006, S. 98 ff., resp. vom 29./30. Mai 2006, S. 62 f.; Beatrice Breitenmoser, Die Antworten des Gesetzgebers in der 4. und 5. IVG-Revision: Die zentralen Punkte der beiden Revisionen, in: Die

E. 2.12

Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, pag. 136 segg., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, pag.

560) , il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche . Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato – a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza – costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, pag. 196 seg., la massima Corte ha ricordato – facendo riferimento a una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, pag. 87 – che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va pertanto annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché, esperiti i necessari accertamenti medici, renda un nuovo provvedimento. L'eventuale richiesta di una perizia medica pluridisciplinare formulata dall'avv. RA 1 (“[...] un giudizio dagli effetti gravi come quello adottato dall'ufficio AI, meritava, per giustificare addirittura la soppressione della rendita, una perizia medica pluridisciplinare . [...]”) è quindi superata dal rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti di natura medica. 2.13. Quanto alla domanda volta ad ottenere il ripristino dell'effetto sospensivo questo Tribunale ritiene che – considerato che conformemente alla giurisprudenza federale se l'effetto sospensivo viene ritirato a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita o un assegno per grandi invalidi, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all'amministrazione, anche durante tutta questa procedura d'istruzione fino alla notifica della nuova decisione (DTF 129 V 370, consid. 4.4, pag. 377; 106 V 18, consid. 3d, pag. 21; STF del 2 febbraio 2009 nella causa T., 9C_1016/2008 consid. 1.3.2 e STFA del 12 agosto 2004 nella causa A., I 476/03 consid. 2.2; vedi anche la STCA del 18 giugno 2009 nella causa B., 32.2009.104) – la resa del presente giudizio non la rende priva di oggetto e la stessa va pertanto decisa. Nel caso concreto, trattandosi di soppressione di prestazioni, in precedenza erogate, allorché non è possibile stabilire sin dall'inizio l'esito finale della vertenza occorre ritenere che, per principio, l'interesse dell'amministrazione è predominante quando il rischio di non poter recuperare le prestazioni versate pendente causa è concreto. Questo rischio è infatti prioritario rispetto all'interesse dell'assicurato di poter beneficiare delle prestazioni assicurative durante la procedura ricorsuale, al fine di non dover far capo all'assistenza (SVR 1994 Nr. 31 pag. 81/82; ZAK 1990 pag. 152). Secondo la giurisprudenza federale l'interesse dell'assicurato prevale su quello generale solo quando si può ammettere con grande verosimiglianza che egli risulterà vincente nella procedura principale (DTF 105 V 269-270 consid. 3) e meglio quando la decisione risulta palesemente errata (SVR 1994 Nr. 31 pag. 81). Ora, osservato come questo Tribunale con il presente giudizio ritiene necessario rinviare gli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti medici (solo sulla base degli atti e senza nemmeno visitarla, l'Ufficio AI non poteva ancora concludere con la sufficiente tranquillità per un'abilità totale al lavoro quale telefonista e del 50% in attività

fisicamente medio-leggere), considerato inoltre come la ricorrente abbia espressamente fatto presente di versare in stato di ristrettezze economiche (“(...) è vero che la ricorrente è attiva professionalmente, come ricordato nella decisione impugnata. Tuttavia – e proprio a cagione delle sue condizioni di salute – riesce a conseguire un salario che, qualora non integrato con la rendita AI, non sarebbe sufficiente ad impedire la sua caduta in uno stato di indigenza . (...)” doc. AI 76/3), l'interesse dell'amministrazione di evitare il rischio di non poter recuperare le prestazioni versate pendente causa appare concreto. Di conseguenza, dovendo l'interesse dell'amministrazione essere ritenuto prevalente su quello dell'assicurata, la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo va disattesa. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese, per complessivi fr. 200.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI che verserà all'assicurata la somma di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA).

E. 5

IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hierzu Protokoll der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBI 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I

694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten (Urteil 9C_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungs-berichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievon) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E.

E. 5.2

Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C_736/2008 vom 4. Juni 2009 E. 9.1 mit Hinweis). (...)" (STF del 28 ottobre 2009 nella causa P., 9C_653/2009, consid. 5.2)

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