

TI_GERICHTE 32.2012.141 vom 14. August 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-08-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.141

FR: TI_GERICHTE 32.2012.141 du 14 août 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.141 del 14 agosto 2012

Regeste

Soppressione della rendita in via di riconsiderazione. Sulla sola base degli atti non é possibile concludere che la comunicazione con cui é stato confermato il diritto ad un quarto di rendita fosse manifestamente errata. Rinvio atti per accertamenti e resa di un nuovo provvedimento

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. 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. " I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGGA, sono stati concretizzati all'art. 53 LPGGA (DTF 133 V 50, consid. 4.1, pag. 52; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004, consid. 5.3 in fine; STFA U 149/03 del 22 marzo 2004, consid. 1.2.; STFA I 133/04 dell'8 febbraio 2005, consid. 1.2). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può in ogni tempo riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti confermata nella STF I 832/05 del 25 aprile 2007). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C_181/2010 del 12

agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C_961/2011 del 1. giugno 2012 consid. 3.2 con riferimenti , vedi inoltre STF 9C_457/2008 del 3 febbraio 2009, consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1).

2.4. Nella fattispecie l'Ufficio AI ha sostenuto che la comunicazione 11 marzo 2005, con la quale è stato confermato il diritto ad un quarto di rendita (doc. AI 97/1-2), sarebbe manifestamente errata in quanto, in corretta applicazione del metodo misto – considerata la seguente ripartizione: salariata 15% - casalinga 85% e ritenuta la percentuale d'invalidità quale salariata del 40% (doc. AI 88/1-6) e la capacità lavorativa del 20% (doc. AI 96/1) –, il grado d'invalidità complessivo non raggiungerebbe il minimo pensionabile attestandosi al 34% (0% quale salariata + 34% quale casalinga [85 x 40 = 34%]). Dagli atti risulta che nel rapporto di decorso 23 settembre 2003 la dr.ssa _____, FMH in medicina interna, ha attestato un peggioramento dello stato di salute (doc. AI 77/1). Il dr. _____ medico SMR – chiamato ad esprimersi al riguardo (cfr. doc. AI 82/1) –, nella proposta 28 novembre 2003, posta la diagnosi di “(...) stato da ustioni al 35% del corpo (29% di 3. grado, nel 1990) con formazioni di cheloidi (...)”, ha osservato che “(...) l'A. e la curante denunciano un peggioramento, questo è plausibile stando agli atti alla patologia che può peggiorare col tempo. E' indicato procedere ad inchiesta domiciliare. (...)” (doc. AI 84/1 la sottolineatura è del redattore). Lo stesso medico, viste le risultanze dell'inchiesta domestica del 3 dicembre 2004 (doc. AI 88/1-6), nelle annotazioni 9 marzo 2005, ha concluso che “(...) l'A. lavora attualmente in ragione del 20% come accompagnatrice alle visite scolastiche, tale attività e % lavorativa è da ritenere compatibile con il suo stato di salute. (...)” (doc. AI 96/1). Ancora il dr. _____, nell'ambito della domanda di aumento introdotta con lettera 15 luglio 2008 della dr.ssa _____ (cfr. consid. 1.5), nelle annotazioni 7 aprile 2009 ha confermato la capacità lavorativa quale salariata del 20% concludendo che “(...) dal punto di vista medico non è giustificato sostenere che ci sia un sensibile peggioramento dello stato di salute che possa variare significativamente la CL e il grado AI. (...)” (doc. AI 114/1). Il medico SMR dr. _____ – vista la documentazione medica prodotta nell'ambito della revisione intrapresa nel luglio 2011 (doc. AI 119/1) e, in particolare, sulla base del: “(...) Certificato dr.ssa _____ del 3.10.2011: peggioramento dolori articolari e fibromialgia. Rapporto dr. _____ del 10.10.2011: prevalentemente fibromialgia. Rapporto dr. _____ del 15.11.2011: disagio psichico. Referto scintigrafia ossea del 18.5.2012: presenza unicamente di minime irregolarità. (...)” –, nelle annotazioni 15 giugno 2012 (X/bis) ha concluso che: “(...) in considerazione dell'insorgenza d'una fibromialgia con inoltre ingravescente sofferenza psichica multifattoriale s'im-pone in questo caso una valutazione pluridisciplinare comprendente una valutazione reumatologica, psichiatrica e dermatologica per definire con esattezza i limiti funzionali e la relativa CL quale salariata e quale casalinga. (...)” (X/bis). Sulla base della medesima documentazione medica (fatto salvo il referto scintigrafia ossea del 18.05.2011) il dr. _____, nelle annotazioni 2 aprile 2012 – confermando quindi la

capacità lavorativa del 20% di cui alle svenunciate precedenti annotazioni 9 marzo 2005 e 7 aprile 2009 (doc. AI 96/1 e 114/1) – , aveva invece concluso che “(...) dal punto di vista medico, in base ai rapporti pervenuti, dopo la decisione di soppressione rendita, un peggioramento significativo non è dato (per motivi reumatologici e psichiatrici). Non è da escludere che la situazione cutanea possa essersi modificata potendo rendere più difficoltose e dolorose alcune attività, ma le affezioni citate per giustificare il peggioramento (reumatologica e psichiatrica) non lo motivano. (...)” (doc. AI 132/1). Dalle risultanze mediche sopra esposte e ritenute, in particolare, anche le seguenti evenienze: - il Patronato _____, in una lettera del 10 ottobre 2003 indirizzata all’Ufficio AI, invitava l’amministrazione ad esaminare la richiesta di aggravamento e segnalava che “(...) oltre ai danni fisici esistenti ed aggravati, è subentrato uno stato depressivo ansiogeno che appesantisce la situazione esistente. (...)” (doc. AI 78/1) - il dr. _____, FMH in neurologia, nel rapporto 13 giugno 2005 indirizzato alla dr.ssa _____ (doc. AI 103/7-8), aveva, in particolare, già evidenziato che “(...) rimane invece in primo piano una tendoinserzione diffusa che potrebbe deporre a favore di una fibromialgia (...)” (doc. AI 103/8); - il dr. _____, FMH in medicina interna e malattie reumatiche, nel rapporto 20 settembre 2005 indirizzato alla dr.ssa _____ (doc. AI 103/3-5), aveva, tra l’altro, già posto la diagnosi di possibile iniziale fibromialgia osservando che “(...) la paziente soffre di una sindrome panspondilogenica dovuta ad una pessima postura unita ad un’importante insufficienza muscolare. Di fianco a questo si ha un sovraccarico psicosomatico sul tutto vissuto che può aiutare tale sintomatologia. I dolori provocano anche una tendomiopatia a catena sia agli arti superiori che inferiori. Per una fibromialgia non possiamo ancora porre una diagnosi definitiva. I punti positivi sono, per il momento, 10 su 18, così come dei disturbi annessi, come il sonno disturbato e stanchezza diurna. A livello terapeutico ho prescritto alla paziente dell’Artro-tec (il Voltaren da te prescritto ha portato sì alla diminuzione dei dolori ma anche a dei bruciori di stomaco) e della fisioterapia presso una fisioterapista di fiducia, con cui ho già preso contatto, spiegandole anche il lato psicologico sullo stato della bruciatura. Eventualmente si potrebbe discutere l’introduzione di un antidepressivo triciclico, anche se la paziente al momento non vuole prendere in considerazione tale possibilità. (...)” (doc. AI 103/5); - il dr. _____, nel rapporto 10 ottobre 2011 indirizzato alla dr.ssa _____ (doc. AI 129/1-3), aveva, in particolare, rilevato che “(...) come sai la tendenza fibromialgica già descritta del rapporto precedente (ndr.: si riferisce al rapporto 23 giugno 2010 sub. doc. AI 129/4-6) può manifestarsi come epifenomeno di una malattia somatica sottogiacente che andrebbe riconsiderata qualora gli esami laboratoristici a tua disposizione lo richiedessero; la tendenza fibromialgica può essere riscontrata in un’ipermobilità articolare, parzialmente presente nella signora, in quanto questa caratteristica porta ad un sovraccarico delle parti molli in prossimità delle articolazioni, aspetto che può tuttavia essere contrastato mantenendo una massa muscolare sufficiente, ottenibile ovviamente nel contesto di un programma regolare di riallenamento. In questo contesto sono pure da vedere le proposte terapeutiche da me formulate nel rapporto antecedente del 23.6.2010. Una volta messe a fuoco queste diagnosi differenziali, come è il caso in oltre l’80% dei pazienti presentanti una fibromialgia, parliamo di una forma primaria che appare nella maggior parte dei casi che vediamo negli studi reumatologici, in concomitanza con una patologia psichiatrica come per esempio una depressione; si tratta naturalmente di una comorbidità che va indagata e trattata in ambito specialistico, non da un reumatologo ma da uno psichiatra (...)” (doc. AI 129/3); questo Tribunale, sulla sola base degli atti di causa, non può confermare la capacità lavorativa del

20% posta dal dr. _____ la prima volta nelle annotazioni del 9 marzo 2005 (doc: AI 96/1). Questo vale a maggiore ragione ribadito ancora una volta che nella proposta 28 novembre 2003, circa il denunciato peggioramento, il dr. _____ aveva ritenuto che “(...) questo è plausibile stando agli atti alla patologia che può peggiorare col tempo. (...)” (doc. AI 84/1). Nelle annotazioni 9 marzo 2005, ritenuto un grado di occupazione del 20% quale accompagnatrice alle visite dentistiche scolastiche e senza ulteriori spiegazioni, lo stesso medico aveva concluso per una incapacità lavorativa come salariata dell’80% evidenziando che “(...) tale attività e % lavorativa è da ritenere compatibile con il suo stato di salute (...)” (doc. AI 96/1). Va qui osservato che nella nota 29 maggio 2012 il funzionario _____ ha precisato che “(...) si determina che l’attività di salariata corrisponde al 10% e non al 15% come erroneamente indicato nella decisione del 12.04.2012. (...)” (VI/bis). 2.5. Non potendo confermare la capacità lavorativa del 20% ritenuta dal dr. _____, nemmeno è possibile concludere che la comunicazione 11 marzo 2005, con cui è stato confermato il diritto ad un quarto di rendita (doc. AI 97/1-2), é manifestamente errata. Il ricorso va pertanto accolto e la decisione impugnata annullata. Gli atti vanno rinviati all’Ufficio AI – come del resto auspicato dall’amministrazione: “(...) alla luce della necessità di svolgere degli ulteriori accertamenti medici, lo scrivente Ufficio AI chiede a questo lodevole Tribunale il rinvio degli atti. (...)” (X) – affinché esperiti i necessari accertamenti si pronunci nuovamente sulla riconsiderazione intrapresa. 2.6. Con la resa del presente giudizio la domanda di ripristino dell’effetto sospensivo diventa priva di oggetto. 2.7. Alla ricorrente, patrocinata da un legale, va riconosciuto il diritto a ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). 2.8. 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 fr. 500.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI che rifonderà alla ricorrente fr. 1’500.-- a titolo di ripetibili.

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