

TI_GERICHTE 32.2013.164 vom 19. August 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-08-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.164

FR: TI_GERICHTE 32.2013.164 du 19 août 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.164 del 19 agosto 2013

Regeste

Nuova domanda di una rendita AI. Rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti medici

Erwägungen

E. 21

luglio 2003). 2. L'insorgente sostiene che le sue osservazioni non sono state prese in considerazione dall'UAI in sede di audizione e fa implicitamente valere una violazione del diritto di essere sentita. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (sentenza del 29 giugno 2006 nella causa H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento del provvedimento impugnato e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). In concreto la censura della ricorrente va respinta. Con la decisione l'UAI ha rilevato che: "(...) In merito alle osservazioni presentate con raccomandata 27.02.2013 sono stati effettuati ulteriori accertamenti medici, tuttavia non vi sono elementi oggettivi atti a modificare le limitazioni sopra indicate. Per quanto concerne le obiezioni sollevate circa la possibilità d'integrare l'assicurata in attività adeguate, si fa notare che vengono prese in considerazione professioni generiche che non richiedono alcuna formazione professionale e sono quindi alla sua portata. Per finire, l'incapacità del 50% nell'attività abituale di ausiliaria di pulizie è di fatto molto vicina alla limitazione come casalinga definita al 43.5%, vi è comunque una leggera differenza dettata dalla possibilità di gestire autonomamente il carico di lavoro nell'ambito della propria economia domestica" (doc. A1) L'UAI, seppur in modo succinto, ha pertanto indicato le ragioni poste alla base della propria decisione, prendendo posizione sulle censure sollevate dall'assicurata in sede di osservazioni al progetto. La ricorrente ha potuto comprendere la

portata della decisione, impugnarla al TCA confrontarsi con il suo contenuto e riproporre le medesime censure (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2) . Va del resto qui evidenziato che un'eventuale violazione del diritto di essere sentito è comunque sanata in questa sede, giacché il Tribunale dispone di pieno potere cognitivo (cfr. sentenza 8C_100/2014 del 28 aprile 2014 consid. 5; sentenza 9C_738/2007 del 29 agosto 2008; DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431). Giova ancora precisare che anche nel caso di una grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se - come in concreto - una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387, consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti; sentenza 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013, consid. 6.1; sentenza 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3; sentenza 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011). Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. Nel merito 3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete

(SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003, consid. 4.2, I 475/01).

4. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGa. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 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; 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. 5. 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). A sua volta l'art. 27 OAI 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). 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. 6. 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 secondo cui " Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata 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. " Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dall'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) 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.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF 9C 15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. 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. L'Alta Corte in una sentenza pubblicata in DTF 137 V 334, ha riconfermato la sua giurisprudenza relativa al metodo misto. 7. Nella presente fattispecie, per quel che concerne la parte salariata, definita incontestatamente nella misura del 46%, l'Ufficio AI ha proceduto ad una valutazione degli atti medici. Il 5 giugno 2012 il medico SMR, Dr. med. _____, preso atto della documentazione medica acquisita dall'UAI, ha attestato una totale incapacità lavorativa della ricorrente dal 21 aprile 2011 e una incapacità lavorativa al 50% dal 1° luglio 2011 sia nella precedente attività, che in attività leggere (doc. AI 111). Il medico SMR ha posto quale diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa la periartropatia omero-scapolare bilaterale, a destra operata il 16.11.2010 con restante limitazione funzionale, a sinistra con rottura della cuffia rotatoria al sovraspinato con impingement e quale ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa la sindrome cervicale cronica in presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali (doc. AI 111-1). Il dr. med. _____ ha indicato quali limitazioni: non sollevare/portare/spostare pesi superiori ai 5 kg oltre l'orizzontale, non spostare pesi superiori ai 5 kg assieme con ambedue gli arti superiori e non dover guardare con lo sguardo regolarmente sopra l'orizzontale (doc. AI 111-2). L'assicurata, in sede di osservazioni al progetto di decisione, ha presentato ulteriore documentazione medica. L'insorgente ha prodotto un certificato del 7 febbraio 2013 del dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, il quale ha affermato che "rispetto a quanto osservato negli anni precedenti, la situazione clinica è stabile, con difficoltà soprattutto ai movimenti delle braccia sopra l'orizzontale, mentre soggettivamente persiste una impotenza funzionale maggiore. Dal lato terapeutico un intervento alla spalla sx appare attualmente non prioritario. La paz. continua dunque con il trattamento fisioterapico combinato" (doc. AI 122-2/3). Un attestato del dr. med. _____, specialista in neurologia FMH, del 12 novembre 2012, il quale ha rilevato che "l'esame neurografico conferma una compressione bilaterale del n. mediano al canale carpale, di grado moderato a sin, leggero a ds. Il reperto spiega solo parte dei disturbi, i dolori dipendono soprattutto dai problemi reumatologici/ortopedici. Ho prescritto una stecca per la notte, se insufficiente si può tentare una infiltrazione cortisonica prima di discutere una cura chirurgica dal lato sin" (doc. AI 122-4). Un certificato del dr. med. _____ del 25 febbraio 2013, dell'_____, il quale evidenzia che "non vedo attualmente alcuna indicazione terapeutica chirurgica visto il risultato solo mediocre ottenuto alla spalla destra, organizzo invece una infiltrazione subacromiale terapeutica alla spalla sx. Consiglio una valutazione specialistica in chirurgia della mano dal Dr. _____ per quanto riguarda la sindrome del tunnel carpale sx" (doc. AI 122-5). Il

E. 25

marzo 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha evidenziato che i sopra citati certificati medici, in ambito chirurgico "presentano un sospetto di peggioramento clinico e funzionale alla parte sinistra con anche tunnel carpale documentato" ed ha ritenuto necessario approfondire alcuni aspetti (doc. AI 124-1). Il 12 aprile 2013 il dr. med. _____, specialista FMH-EBHS chirurgia della mano, specialista FMH chirurgia generale, ha affermato che: "(...) Presenta una sindrome del tunnel carpale asintomatica

predominante sul lato sinistro relativamente ben controllata con delle ortesi notturne. Clinicamente vi è una sindrome irritata, elettrofisiologicamente una conferma di un rallentamento predominante sul lato sinistro soprattutto dei parametri sensitivi (VCS 32 m/s a sx, 37 m/m a dx, LDM 3.3 ma a sx, 3.2 ms a dx). E' probabile che la paziente possa a medio termine beneficiare di un intervento decompressivo sul lato sinistro ma attualmente riferisce di una sintomatologia dolorosa diffusa e una sindrome depressiva e preferisce procrastinare questo intervento" (doc. AI 127-2) Il 10 giugno 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) Vedi rapporto medico SMR finale del 5.6.2013. L'Ata è stata anche dal SMR valutata abile al 50% nella sua attività ed anche in attività adeguate ergonomicamente come salariata ed in ragione medico teorica anche come casalinga E questo viene auspicato anche dalla parte in causa (_____) per cui non vi è problema di valutazione a livello medico. Il problema a questo punto si riferisce evt. al livello economico di confronto dei redditi ma per questo prego rifarsi all'amministrazione/ufficio AI. Proposta In definitiva non vedo discrepanze a livello puramente medico o nuova documentazione che infici quanto già valutato nel rapporto SMR del 5.6.2013" (doc. AI 129-1) Il 18 giugno 2013 l'assicurata ha prodotto la cartella clinica del 13 giugno 2013 del dr. med. _____, dell'_____ di _____, dove figura: " (...) la paziente ritorna, dopo l'infiltrazione effettuata alla spalla sx ha avuto un beneficio temporaneo che è durato però solo due settimane, in seguito i dolori sono riapparsi come prima. Segnala nuovamente anche un peggioramento dei dolori alla spalla dx. Procedere: visto il miglioramento solo parziale del trattamento infiltrativo, così come è risultato insoddisfacente la riparazione della cuffia dx, non ritengo indicato alcun intervento alla spalla sx, quale unica misura terapeutica che pare possa portare ad un certo beneficio è una nuova prescrizione di fisioterapia da fare a secco ed in piscina, comprendente anche un trattamento anche a livello della colonna cervicale. Non prevedo ulteriori controlli alla mia consultazione. IL: secondo medico curante (attualmente 100% visto la difficoltà alle due spalle)" Il medico SMR, dr. med. _____, il 29 luglio 2013, ha affermato: " (...) Nella nuova documentazione medica dr. _____ non vi sono elementi tali da mettere in discussione le esigibilità riportate nel rapporto medico SMR agli atti del 5.6.2012 che resta per noi ancora vincolante Ricordo che il rapporto attuale ortopedico non riporta dati significativi e obiettivi clinici per peggioramento significativo indicando solo assenza di positivo decorso dopo infiltrazione e assenza di indicazione operatoria per il momento." (doc. AI 133-1) In sede ricorsuale la ricorrente ha prodotto un certificato del proprio curante, dr. med. _____, FMH medicina generale, del 29 agosto 2013, il quale ha affermato: " (...) Con il presente certifico che la paziente summenzionata è attualmente inabile al lavoro al 100% in qualità di casalinga in quanto sofferente di una sindrome algica alle spalle bilateralmente in st. d. artroscopia con riparazione della cuffia acromioplastica nel 2010 per rottura della cuffia destra, rottura transmurale sopraspinoso alla cuffia sinistra, discartrosi C3/C7. Considerando le patologie di cui soffre e i dolori attualmente riferibili alle patologie sopradescritte mi sembra giustificato che l'inabilità lavorativa sia attualmente al 100% per lavori che comportino l'utilizzo degli arti superiori" (doc. A5) 8. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente

esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), 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. 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 Bundesgericht 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). 9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, non può confermare le conclusioni del medico SMR, dr. med. _____, che ha accertato una totale incapacità lavorativa dell'interessata dal 21 aprile 2011 ed una capacità lavorativa al 50% dal 1° luglio 2011 sia nella precedente attività che in attività leggere e confacenti al suo stato di salute. Sulla base della documentazione medica acquisita in sede amministrativa e prodotta dalla ricorrente, per i motivi che seguono, vi sono ragioni per ritenere che la fattispecie necessiti di ulteriori accertamenti medici e meglio di un maggior approfondimento dell'effettiva capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività ed in attività leggere e confacenti al suo stato di salute. Nella sua valutazione del 5 giugno 2012 il dr. med. _____ si è in primo luogo basato sul referto del 4 maggio 2010 del dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica, redatto nell'ambito della richiesta di indennità giornaliera per perdita di guadagno in caso di malattia (doc. AI 46-7), dove lo specialista aveva concluso per un'inabilità totale della ricorrente nella precedente attività di donna delle pulizie e del 50% in attività leggere con le limitazioni ivi descritte (doc. AI 46-9). La valutazione era stata confermata nel corso della precedente domanda di prestazioni dal medesimo medico SMR (doc. AI 50). Nelle more della precedente procedura, e meglio il 22 novembre 2010, il dr. med. _____ preso atto dell'intervento alla spalla destra avvenuto il 16 novembre 2010 con ricostruzione della cuffia rotatoria, aveva evidenziato che per 8 settimane l'incapacità

lavorativa sarebbe stata totale, in seguito, e meglio dal 16 gennaio 2011 “ ripresa delle esigibilità come ad ora ” (doc. AI 61-1; cfr. anche doc. AI 78-1; decisione del 27 gennaio 2011: “ [...] dall’agosto 2009 è stata ritenuta inabile al 100% nell’attività precedentemente esercitata di ausiliaria di pulizia, mentre nel gennaio 2010 [mese della visita peritale del Dr. _____ per conto di _____] è stata ritenuta abile al 50% in attività adeguate allo stato di salute ”). Nel rapporto finale del 5 giugno 2012 il medico SMR ha in seguito accertato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente, per quanto concerne la locomozione, dopo l’11 novembre 2010 (doc. AI 111-3) ed ha attestato un’incapacità lavorativa totale dell’interessata dal 21 aprile 2011 e del 50% (intesa come riduzione del rendimento) dal 1° luglio 2011, sia nella precedente attività che in attività leggere e confacenti al suo stato di salute (doc. AI 111-2). Le percentuali e le date figuranti nel rapporto finale del dr. med. _____ corrispondono alle attestazioni del dr. med. _____, FMH ortopedia, attivo presso l’_____ di _____ e che ha operato la spalla destra della ricorrente il 16 novembre 2010 (doc. Cassa malati 42-1). Lo specialista ha infatti certificato un’incapacità al lavoro del 100% dal 21 aprile 2011 e del 50% dal 1° luglio 2011 (doc. AI 87-2 e 87-3 e doc. AI 97-9), la stessa percentuale dichiarata dalla medesima ricorrente nella nuova domanda datata 9 novembre 2011 (doc. AI 83-6 e 83-7). Tuttavia, il medesimo dr. med. _____, a partire dal 17 novembre 2011, ha poi nuovamente attestato un’incapacità lavorativa del 100% (doc. AI 97-10 e 100-1). Lo specialista in ortopedia in quell’occasione ha tra l’altro affermato che “ alla situazione attuale la paziente a mio parere non può riprendere il lavoro per la spalla dx, ancora nettamente limitata ” (doc. AI 94-1). La totale incapacità lavorativa della ricorrente è stata confermata il 26 gennaio 2012 (doc. AI 107-1) ed il 23 marzo 2012 (doc. AI 108-1 e 110-1). Il 13 giugno 2013 il dr. med. _____ ha ribadito che l’interessata è completamente inabile al lavoro, affermando “ IL: secondo medico curante (attualmente 100% visto la difficoltà alle due spalle) ” (doc. AI 131-1). La medesima valutazione è più volte stata confermata anche dal medico curante, dr. med. _____ i, FMH medicina generale (cfr. doc. AI 103-3: come “ certificata dal Dr. med. _____ ” e doc. A5). Ora, dagli atti medici acquisiti dall’UAI e prodotti dalla ricorrente, non emerge alcuna spiegazione convincente per la quale il medico SMR, dr. med. _____, ha fatto proprie le incapacità lavorative attestate dal dr. med. _____ per il periodo dal 21 aprile 2011 al 30 giugno 2011 (al 100%) e dal 1° luglio 2011 (al 50%), mentre non ha più seguito lo specialista quando il medesimo ha accertato che, dal 17 novembre 2011, l’interessata sarebbe ancora totalmente incapace al lavoro. Il medico SMR non ha motivato le ragioni per le quali si è scostato, ma solo per il periodo successivo al mese di ottobre 2011, dalle incapacità lavorative attestate dal dr. med. _____ (e dal suo medico curante). La sola circostanza che il dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, il 6 dicembre 2011, ha attestato un’incapacità al 50% in qualsiasi attività (doc. AI 102-2), non è infatti sufficiente. Questa sola certificazione, peraltro non maggiormente motivata rispetto a quelle del dr. med. _____ (doc. AI 102-5), non permette, da sola e senza ulteriori indagini, di confermare la valutazione del dr. med. _____. D’altra parte lo stesso dr. med. _____, alla questione di sapere qual era l’incapacità lavorativa medicalmente giustificata del 20% almeno nell’ultima professione ha affermato che la “ situazione è confusa, e che la paz. è in disoccupazione ” (doc. AI 102-2, domanda 1.6). Questo TCA evidenzia inoltre che l’accento ad un grado d’incapacità lavorativa (“ almeno ”) del 50% in sede di osservazioni al progetto di decisione (doc. AI 122-1), va inteso come richiesta di una rendita in tale misura (cfr. anche doc. I) e non quale ammissione di un’incapacità

lavorativa del 50% come sembra ritenere, nelle annotazioni del 10 giugno 2013, il medico SMR (doc. AI 129-1). Nel preciso caso di specie, di fronte alla diversità delle attestazioni dei medici specialisti che si sono espressi nel corso del tempo e tenuto conto che il medico SMR aveva fatto proprie le incapacità lavorative attestate dal dr. med. _____, ma solo fino al mese di ottobre 2011, una visita medica dell'insorgente ad opera di uno specialista si sarebbe imposta. Ora, né il medico SMR, né l'UAI, hanno ritenuto necessario effettuare un esame della ricorrente, allorché gli specialisti si sono pronunciati in maniera divergente circa la capacità lavorativa dell'interessata. Una visita della ricorrente si impone a maggior ragione se si tien conto del fatto che alcuni medici che si sono espressi circa le malattie di cui soffre l'interessata, hanno accennato anche ad una possibile patologia psichiatrica, che tuttavia non è stata indagata. Infatti, sia il dr. med. _____ il 6 dicembre 2011 (doc. AI 102-1: “ a mio modo di vedere i disturbi sono fortemente condizionati da una sindrome fibromialgica ”), sia il dr. med. _____ e _____, del reparto _____ di _____ il 20 febbraio 2011, che hanno redatto un referto nell'ambito della richiesta di indennità giornaliera dell'assicurazione malattie (doc. AI 48-5: “ Per questa ragione, se i progressi non dovessero essere soddisfacenti nelle prossime settimane, un consulto presso un collega psichiatra potrà essere utile, al fine di poter escludere un problema di tipo depressivo sottostante ”), sia, infine, il dr. med. _____ nel certificato del 12 aprile 2013 (cfr. doc. AI 127-2: “ [...] ma attualmente riferisce di una sintomatologia dolorosa diffusa e una sindrome depressiva [...] ”) hanno ritenuto possibile la presenza di una problematica psichica. Alla luce di quanto sopra esposto questo Tribunale ritiene che l'UAI non ha adeguatamente esaminato lo stato valetudinario dell'insorgente. In presenza di attestazioni divergenti circa la capacità lavorativa della ricorrente e della possibile presenza di una patologia psichiatrica non ancora indagata non è possibile, senza prima procedere, perlomeno, ad una visita specialistica in ambito ortopedico e psichiatrico ad opera dei medici SMR, concludere con sufficiente tranquillità circa la capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività ed in attività leggere. Con sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Di principio il TCA rinvia l'incarto all'UAI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi erano delle carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011) . Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano delle carenze negli accertamenti effettuati dall'UAI, si giustifica il rinvio degli atti ai sensi della giurisprudenza citata. In queste condizioni la decisione va annullata e l'incarto rinviato all'amministrazione affinché disponga una visita medica in ambito ortopedico e psichiatrico ad opera dei medici SMR e si determini nuovamente sulla capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività ed in attività adeguate dal 1° luglio 2011. A dipendenza dell'esito dell'esame presso i medici SMR, l'UAI dovrà valutare la necessità o meno di nuovi accertamenti anche per quanto concerne il grado d'inabilità quale casalinga. 10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI 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. 500.-- sono poste a carico dell'amministrazione, che verserà le ripetibili alla ricorrente, vincente in causa e rappresentata dal _____ RA 1. Con l'accoglimento del ricorso la richiesta di dispensa dal pagamento delle spese giudiziarie con gratuito patrocinio diviene priva di oggetto (DTF 124 V 309 consid. 6, sentenza del 9 aprile 2003 U 164/02).

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