

TI_GERICHTE 32.2013.47 vom 7. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.47

FR: TI_GERICHTE 32.2013.47 du 7 février 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.47 del 7 febbraio 2013

Regeste

Respinta una domanda di revisione presentata da un assicurato titolare di tre quarti di rendita. Negato l'intervento di un peggioramento delle condizioni di salute

Erwägungen

E. 7

aprile 2011 il dr. _____, reumatologo, confermate in sostanza le medesime diagnosi, ha concluso affermando che “per quanto riguarda l’incapacità lavorativa persiste invariata rispetto alla valutazione antecedente dell’assicurazione invalidità ” (doc. AI 107). Sentito il medico SMR, l’Ufficio AI ha quindi confermato il diritto a tre quarti di rendita mediante provvedimento del 3 ottobre 2011 (doc. AI 116). Nell’ambito della successiva revisione avviata su segnalazione del dr. _____ dell’8 maggio 2012 (che ha segnalato che il paziente aveva avuto un incidente della circolazione il 28 marzo 2012 con colpo di frusta, doc. AI 125), è stato prodotto agli atti un rapporto radiologico relativo ad una risonanza magnetica della colonna cervicale eseguita il 19 luglio 2012 attestante “ discopatie multiple con presenza di multiple protusioni discali e rilievo di piccola ernia discale postero laterale sinistra in C4-5, di ernia discale di discrete dimensioni, posterolaterale sinistra in C5-6 e di protrusione disco-osteofitaria focale postero-laterale destra in C6-7. A questi ultimi due livelli le protusioni improntano discretamente sacco e corda midollare rendendo di ampiezza ridotta i rispettivi recessi laterali e forami di coniugazione. Non alterazioni della corda midollare. ” (doc. AI 132). Nel rapporto redatto per l’Ufficio AI il 20 agosto 2012, il dr. _____, confermate le diagnosi di: " cervicalgie in paziente con ernia discale C4-C5, C5-C6 e C6-C7 su lesioni artrosiche degenerative. Esacerbazione della sintomatologia dolorosa in sede cervicale dopo un incidente stradale con colpo di frusta cervicale. Gonalgia bilaterale su gonartrosi. Sindrome lombo vertebrale con lombalgie persistenti in stato dopo 3 interventi chirurgici per ernia discale L5-S1. Sacralgia e coxicodeinia in stato dopo trauma contusivo nel 2009 con frattura del coccige” oltre a diagnosi non invalidanti quali “ stato ansioso-depressivo, dolori fibromialgici diffusi ”, ha concluso per un’inabilità lavorativa completa dopo l’incidente del marzo 2012, sottolineando che rispetto al precedente rapporto era da segnalare un peggioramento della sintomatologia dolorosa in sede cervicale con tendenza ad irradiazione brachiale bilaterale nel quadro di ernie discali multiple e incidente stradale con tamponamento e colpo di frusta nel marzo 2012. Persistevano inoltre i dolori in sede lombare e sacrale e alle due ginocchia (doc. AI 136-2). L’assicurato è stato quindi peritato dai medici del SMR dr. _____, internista e dr. _____, psichiatra, i quali, nel rapporto finale 18 dicembre 2012 hanno posto le seguenti diagnosi: " Sindrome lombovertebrale cronica in stato dopo intervento di emilaminectomia e adesiolisi L4-L5 (1.07.2007). Stato dopo revisione chirurgica L4-L5 con nuova emilaminectomia destra, asportazione cicatriziale e foraminotomia; L5-S1

spondilodisi posteriore bilaterale per osteocondrosi e spondilartrosi (febbraio 2008).
Sindrome cervicovertebrale cronica con alterazioni degenerative plurisegmentarie maggiori tra C5-C6 con ernia discale in sede postero mediana sinistra e con osteocondrosi C6-C7. Gonalgia bilaterale ricorrente su condropatia nota. Assente psicopatologia maggiore.” ed hanno espresso la seguente valutazione/conclusione: " A.to di 50 anni. Revisione su domanda A.to a beneficio di 3/4 di rendita con grado AI del 62%. Ultima attività svolta: muratore. Valutazione clinica SMR avvenuta in data 12.02.2009. Valutazione clinica del reumatologo curante Dr. _____ con data 7.04.2011 con indicazione di IL invariata. Trauma discorsivo cervicale per tamponamento avvenuto il 28.03.2012, nessun deficit neurologico documentato rispettivamente oggettivato. Per quanto possibile si è provveduto al confronto con l'obiettività clinica descritta nel rapporto SMR del 12.02.2009 e la precedente valutazione del Dr. _____. La definizione di situazione clinica stazionaria prende origine da confronto con obiettività clinica SMR dello 12.02.2009 e considerazione della IL definita dal reumatologo curante Dr. _____ nel rapporto medico del 07.04.2011. Dal lato psichiatrico, in base agli atti e all'osservazione odierna, l'A.to non presenta segni o sintomi di psicopatologia maggiore né dello spettro depressivo né dei disturbi d'ansia rispettivamente altra psicopatologia con potenziale influenza per se sulla capacità lavorativa. Riguardo i soggettivi problemi di memoria, si nota che l'A.to non ricorda la località termale dove avrebbe dovuto recentemente recarsi, ma è in grado di enunciare in modo preciso i danni subiti dal suo veicolo nell'incidente stradale e relativi costi di riparazione. Non è chiaro il motivo per il quale l'A.to utilizzerebbe giornalmente il software autocad sul computer. Se si tratta di hobby, è indubbiamente inconsueto. In merito al trauma discorsivo cervicale, non sono oggettivati deficit neurologici focali, la mobilità del rachide è limitata in gran parte da attiva resistenza. La sintomatologia riferita al rachide cervicale ha un'origine degenerativa dimostrata radiologicamente e antecedente all'evento. È rilevante dal punto di vista clinico un'alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti. Dal lato psichico, l'evento non ha provocato alcuna patologia né una patologia psichica maggiore era con ragionevole certezza pre-esistente. Si allega modulo per la misurazione dell'escursione articolare." (Doc. AI 146/7) Contestualmente alle osservazioni presentate al progetto di decisione del 18 dicembre 2012 (doc. AI 147), il dr. _____ con scritto 30 gennaio 2013 ha osservato che non gli risultava che l'assicurato fosse stato sottoposto a valutazione medica (doc. AI 153). Di conseguenza, l'Ufficio AI, mediante la decisione contestata, ha ritenuto non essere subentrata una sostanziale modifica dello stato di salute con conseguente modifica del grado di capacità lavorativa e ha quindi confermato il diritto a tre quarti di rendita (doc. AI 156). Con riferimento al colpo di frusta a seguito dell'incidente del marzo 2012, l'amministrazione ha concluso che: " non sono oggettivabili deficit neurologici focali, la mobilità del rachide è limitata in gran parte da attiva resistenza. La sintomatologia riferita al rachide cervicale ha origine degenerativa dimostrata radiologicamente e antecedente l'evento." (doc. AI 147) L'assicurato sostiene invece una rilevante modifica delle proprie condizioni di salute, segnatamente "una netta esacerbazione dei dolori in sede cervicale e lombare ", riservandosi nel ricorso di produrre " documentazione medico-specialistica " (I); tale documentazione non è tuttavia in seguito pervenuta. 2.6. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, 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 sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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). 2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo il TCA l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che dal punto di vista medico non vi è stata una rilevante modifica delle condizioni di salute dell'assicurato, rispettivamente della capacità lavorativa, rispetto all'ultima decisione di conferma del diritto a tre quarti di rendita del 3 ottobre 2011 (doc. AI

116). In effetti, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (e in particolare le STF 8C_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale), questo Tribunale non intravede ragioni per mettere in dubbio le dettagliate, approfondite e convincenti valutazioni dei medici specialisti del SMR dr. _____ (internista) e dr. _____ (psichiatra). Essi hanno in effetti debitamente considerato e approfondito tutte le affezioni invalidanti di cui l'assicurato è portatore ed hanno proceduto, dopo un'attenta analisi dei dati oggettivi e soggettivi, ad una convincente valutazione circa la residua capacità lavorativa, giungendo ad una conclusione univoca che stabilisce una situazione invariata rispetto alle precedenti valutazioni poste alla base dell'attribuzione e della successiva conferma dei tre quarti di rendita, segnatamente i rapporti SMR del 12 febbraio 2009 e 22 agosto 2011 (doc. AI 26, 109) e il referto del dr. _____ del 7 aprile 2011 (doc. AI 107). Sulla base di tali accertamenti va confermata un'inabilità lavorativa completa nella precedente attività quale muratore e un'abilità del 50% in un'attività leggera adeguata. Questo Tribunale deve quindi attribuire alle valutazioni dei medici SMR pieno valore probante conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6), giacché essi sono giunti a conclusioni logiche dopo aver esaminato approfonditamente i punti litigiosi importanti e in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi). Al riguardo va pure ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). In una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), il TFA ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Del resto l'assicurato, successivamente all'esecuzione del rapporto finale SMR del 18 dicembre 2012 e prima della resa della decisione contestata o in sede ricorsuale, non ha prodotto alcun documento atto a in qualche modo mettere in dubbio le conclusioni dei medici SMR o a sostanziare l'intervento di un peggioramento delle sue condizioni. Anche il dr. _____, il quale in sede di osservazioni al progetto di decisione aveva lamentato la presunta mancanza di una valutazione medica (doc. AI 153), non ha più ritenuto di doversi esprimere in sede ricorsuale, segnatamente in merito agli accertamenti esperiti presso l'SMR a livello psichiatrico rispettivamente internistico-reumatologico, malgrado l'esplicito riferimento a tali accertamenti nella decisione contestata. Va osservato che a sostegno di una rilevante modifica delle sue condizioni l'assicurato aveva fatto valere, dando avvio alla procedura di revisione poi sfociata nella decisione qui contestata, i postumi di un infortunio automobilistico con colpo

di frusta patito il 28 marzo 2012 e delle conseguenti gravi cervicalgie (doc. AI 125, 136). Per il resto, il quadro descritto dal suo medico curante era sostanzialmente sovrapponibile alle precedenti certificazioni (doc. AI 136), come rettamente sottolineato dai medici SMR (doc. AI 146). Per quel che riguarda gli esiti dell'incidente della circolazione, nella valutazione del 18 dicembre 2012 i medici SMR hanno osservato che non erano oggettivamente deficit neurologici focali, osservando pure che la mobilità del rachide era limitata in gran parte da attiva resistenza. Quanto alla sintomatologia riferita al rachide cervicale, la stessa era di origine degenerativa e preesistente all'incidente stradale, come dimostrato dalle indagini radiologiche (doc. AI 146). Da queste conclusioni non vi è motivo di scostarsi. Con riferimento quindi al parere espresso dal dr. _____ nei certificati 8 maggio e 19 luglio 2012 e 30 gennaio 2013 (doc. AI 125, 136, 153), ribadite le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C-949/2010 del 5 luglio 2011, U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.6), la differente valutazione del curante in punto alla residua esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su un referto del SMR che risponde alle condizioni poste dalla giurisprudenza per conferirgli piena forza probatoria. Per il resto, come detto non sono stati prodotti atti che permettano di stabilire una maggiore incidenza sulla capacità lavorativa delle patologie di cui è portatore l'assicurato e nemmeno nel ricorso, infine, sono stati apportati elementi nuovi o considerazioni che permettano di distanziarsi dalle conclusioni del SMR o in qualche modo sostanziare l'intervento di un peggioramento delle condizioni. In proposito v a peraltro ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle succitate affidabili e concludenti risultanze mediche che hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute del ricorrente, rispecchiando in particolare il rapporto del SMR tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. anche le STFA I 938/05 del 24 agosto 2006 e I 143/07 del 14 settembre 2007), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'interessato non ha subito un rilevante peggioramento della situazione invalidante rispetto all'ultima decisione di conferma del diritto a tre quarti di rendita. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del

querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Visto quanto sopra, il diritto a tre quarti di rendita va confermato come pure, quindi, la decisione contestata, mentre il ricorso deve essere respinto. 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 del ricorrente.

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