

TI_GERICHTE 32.2014.60 vom 2. April 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-04-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.60

FR: TI_GERICHTE 32.2014.60 du 2 avril 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.60 del 2 aprile 2014

Regeste

Assicurata con 3/4 di rendita. Domanda di revisione respinta. Conferma dell'assenza di una rilevante modifica sia psichica che somatica del suo stato di salute

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). 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. Va infine ricordato che l'art. 31 LAI, in vigore dal 1. gennaio 2008, che regola la riduzione o soppressione della rendita, stabilisce che se un assicurato che ha diritto a una rendita consegue un nuovo reddito lavorativo o se il suo reddito lavorativo attuale aumenta, la sua rendita è riveduta conformemente all'articolo 17 LPGA soltanto se il miglioramento del reddito supera 1500 franchi all'anno (cpv. 1). Solo i due terzi dell'importo che supera questo limite di 1500 franchi sono presi in considerazione per la revisione della rendita (cpv. 2; questo capoverso è stato abolito con effetto dal 1° gennaio 2012 a seguito della 6a revisione della LAI, primo pacchetto di misure). 2.5. 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. 2bis 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 LPG - 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 Sozialversicherungsrecht, 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).

2.6. Nel caso in esame, nell'ambito della revisione della rendita avviata nel 2010, dal punto di vista somatico, con annotazioni 14 luglio 2010 il dr. _____ del SMR aveva concluso: " Dagli atti medici ricevuti si evince che l'A., affetta da stenosi carotidea dx nella misura dell'85%, peraltro asintomatica, è stata sottoposta ad intervento di tromboendoarterectomia della carotide comune, esterna ed interna dx in data 23.03.2010 con ricovero ospedaliero dal 22.03 al 01.04.2010 (Ospedale _____). Possiamo dire che l'intervento di cui sopra, peraltro con decorso post-operatorio descritto senza complicanze (valutato in fase pre-dimissione con un esame ecocolor Doppler dei trochi sovraortici a parametri morfologici e/o emodinamici soddisfacenti e lo stesso dicasi dal punto di vista internistico), non ha aggravato lo stato di salute dell'A. se non transitoriamente, considerando i giorni di degenza e un periodo che possiamo circolare di due mesi di convalescenza dalla data della dimissione ospedaliera, stato di salute peraltro non peggiorato dal punto di vista della CL in quanto la malattia vascolare era asintomatica e l'intervento di cui sopra è stato eseguito a scopo preventivo in paziente con fattori di rischio

cardiovascolari presenti e già recidiva di problematiche arteriose. Pertanto, alla luce di quanto sopradescritto, i nuovi rapporti medici non soddisfano la richiesta di peggioramento dello stato di salute tale da entrare in materia di revisione del grado di invalidità, rispettivamente di rendita di cui l'A. ne è già beneficiaria." (doc. AI 141/1) È poi seguita la decisione 23 settembre 2010 di non entrata in materia, cresciuta in giudicato (doc. AI 143; cfr. consid. 1.1). Nell'ambito dell'ultima revisione, l'assicurata ha prodotto i rapporti 30 luglio 2013 del dr. _____ (doc. AI 148) e 14 ottobre 2013 della curante dr.ssa _____ (doc. AI 151). Esaminati tali atti, con annotazioni 28 febbraio 2014 il dr. _____ del SMR ha osservato: " Revisione di prestazioni di A.ta che beneficia di R ¾ (IL 60% per ogni tipo di attività per patologia psichiatrica in presenza di arteriopatie multi vascolari ed ora anche diabete mellito II). Per riassunto vedi annotazioni del 29.9.2005. Assenza di ospedalizzazioni o apparizione di significativi motivi tali da giustificare un degrado con IL totale per ogni attività. Ricordo che il diabete mellito II non presenta ulteriore limitazione a quanto noto (come descritto dal MC dr. med. _____). Proposta In definitiva si giustificano le limitazioni come fino ad ora senza necessità di procedere ad ulteriori accertamenti peritali o clinici neutrali." (doc. AI 153/1) In primo luogo l'insorgente stigmatizza il comportamento dell'Ufficio AI. In effetti, nonostante che nello scritto 28 marzo 2014 l'assicurata, dichiarata la propria disponibilità a sottoporsi a degli accertamenti medici, abbia chiesto di attendere "ancora qualche tempo" prima dell'emissione della decisione formale "cossiché possa raccogliere e trasmettereVi ulteriori attestazioni mediche a suffragio della mia situazione (doc. AI 156), nel giro di pochi giorni l'amministrazione ha proceduto ad emettere la presente pronuncia impugnata, datata 2 marzo 2014. Vero che l'assicurata non ha specificato il tempo di attesa, ma è altrettanto vero che l'Ufficio AI avrebbe dovuto rispondere alla succitata richiesta, magari assegnando un termine per produrre quanto preannunciato oppure spiegando il motivo per cui non riteneva necessaria la trasmissione di ulteriore documentazione medica. Sia come sia, anche volendo ammettere una violazione del diritto di essere sentito, la stessa è tuttavia da ritenersi sanata visto che l'interessata ha avuto la facoltà di esprimersi innanzi al TCA, mediante il presente ricorso, autorità di ricorso che gode di piena cognizione (cfr. al riguardo DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). L'assicurata contesta inoltre le succitate annotazioni 28 febbraio 2014 del SMR, ritenendole lacunose. A tal riguardo questa Corte non può che confermare l'assenza di una qualsiasi rilevante modifica ai sensi dell'art. 16 LPGA, come in sostanza evidenziato dal SMR. Dal rapporto 14 ottobre 2013 del medico curante non risultano infatti documentate patologie non conosciute e non già precedentemente valutate, a parte il diabete mellito di cui si dirà nel prosieguo. La dr.ssa _____ ha anche attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 2004. Va tuttavia ricordato che dal 1999 l'assicurata è stata giudicata inabile al 60%, con diritto alla rendita dal 1° febbraio 2000, per motivi psichiatrici, e non al 100%. Non va poi dimentico che l'importante arteriopatia multivascolare era stata esaminata dal SMR il 14 luglio 2000, la cui valutazione aveva portato all'emissione della decisione di non entrata nel merito 23 settembre 2000 (doc. AI 142). Nuova è invece, come accennato, la diagnosi di diabete mellito II. A tal riguardo, dal summenzionato rapporto 30 luglio 2013 del dr. _____ non risulta che tale patologia provochi un'incapacità lavorativa, avendo egli rinviato al medico curante una simile valutazione in quanto " ... il diabete non essendo motivo di limitazione funzionale" (doc. AI 148/2). Per quel che concerne la situazione extra somatica, con referto 19 febbraio 2004 il dr. _____ aveva diagnosticato una sindrome depressiva, episodio attuale leggero-medio con sintomi biologici (F 32.01), valutando un'inabilità lavorativa del 60%

(doc. AI 92). Tale perizia è stata posta alla base della decisione su opposizione 18 luglio 2005, confermata sia dal TCA che dal TF (cfr. consid. 1.1). Successiva certificazione psichiatrica non è stata prodotta. Solo in sede di ricorso l'assicurata ha prodotto lo scritto 9 maggio 2014 del medico curante che a tal riguardo ha unicamente certificato che la suo paziente "mostra una sintomatologia di isolamento sociale, grave insonnia, mancanza di qualsiasi incentivo e progettualità per cui viene affidato alle cure di uno psichiatra (Dr. _____)" (doc. G). A prescindere dal fatto che la maggior parte della succitata sintomatologia era sostanzialmente già presente nella perizia del 2004 (Dati soggettivi: l'assicurata lamenta un'importante insonnia.; l'assicurata descrive periodi di alti e bassi, di un'importante labilità emozionale, alternati a delle chiusure in cui rifiuta di esprimersi e di stare con le persone" ; doc AI 92/4), la ricorrente, la quale è da diversi anni in cura specialistica, non ha prodotto alcun rapporto del suo psichiatra curante atto a rendere perlomeno verosimile un rilevante peggioramento della componente psichiatrica. Al proposito va 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). In queste circostanze un rinvio degli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti non è necessario. Infatti, 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 pag. 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 pag. 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). 2.7. L'assicurata ritiene che non possa ragionevolmente sfruttare la sua residua capacità lavorativa a motivo delle sue limitazioni sia fisiche che psichiche, dell'assenza di una formazione specifica e dell'oramai prossima età di pensionamento, per cui essa ritiene giustificata l'erogazione di una rendita intera. Il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Secondo la giurisprudenza, il fattore età, rispettivamente il quasi raggiungimento dell'età pensionabile, può ostacolare alla realizzazione della capacità

lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato per mancanza di richiesta di tale forza lavoro (sentenza 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.1 e 4.2.2 , anche DTF 132 V 393 consid. 3.2). In risposta alle succitate considerazioni della ricorrente, va fatto presente che nel caso concreto la valutazione dell'integrazione è stata fatta al momento del riconoscimento del dritto alla rendita. In quell'occasione l'amministrazione, in applicazione del cosiddetto raffronto percentuale dei redditi (cfr. al riguardo DTF 137 V 337 consid. 3.1.1 con riferimento a DTF 114 V 313 consid. 3a) – senza quindi confronto dei redditi (cfr. consid. 2.3) – aveva determinato un grado d'incapacità al guadagno del 60% (cfr. decisione 26 ottobre 2001; doc. AI 57), ritenendo esigibile che l'assicurata potesse mettere a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa del 40% nella sua attività d'impiegata di commercio (in particolare quale contabile; cfr. perizia 9 settembre 2001 del dr. _____, pag. 51) piuttosto che, tenuto conto di un mercato equilibrato del lavoro, in un'altra attività lucrativa, valutazione che è stata più volte confermata nelle successive revisioni non essendo stata riscontrata una modifica della situazione valetudinaria (cfr. consid. 1.2). Per quel che concerne le limitazioni d'ordine mediche, come visto al considerando precedente, le stesse sono state valutate nell'ambito della domanda di revisione. Come accennato sopra, il fattore dell'età prossima alla pensione è generalmente valutato nell'ambito dell'esigibilità in altre attività adeguate, circostanza che non corrisponde alla fattispecie concreta. In ogni modo va rilevato che l'età avanzata non costituisce motivo di revisione (sui singoli motivi di revisione cfr. Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, nn.421 – 429, pagg. 117 ss), motivo per cui non vi è una valutazione economica. Una rivalutazione dell'esigibilità lavorativa è invece eseguita in caso di soppressione o riduzione della rendita in via di revisione (cfr. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundegerichtshofs zum IVG, 2014, n. 60, pag. 435), ciò che non è il caso in esame ove la rendita è stata confermata. In conclusione, visto quanto sopra, non risultando un peggioramento, rispettivamente una modifica dello stato di salute rispetto alla situazione presente in occasione della decisione di non entrata in materia del 23 settembre 2010, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di aumento del grado d'invalidità confermando i $\frac{3}{4}$ di rendita. Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto.

E. 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 di complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurata.

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