

TI_GERICHTE 32.2014.98 vom 15. Januar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-01-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.98_d20130115

FR: TI_GERICHTE 32.2014.98 du 15 janvier 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2014.98 del 15 gennaio 2013

Regeste

Richiesta di aumento del grado d'invalidità respinta poiché l'insorgente non ha reso verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza rilevante sulla sua capacità lavorativa

Erwägungen

E. 8

marzo 2006), modificato, ma di identico tenore, dal 1° gennaio 2012. Va ancora rilevato che per quanto concerne gli art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (corrispondenti agli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI dal 1° gennaio 2012), è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell'ambito delle assicurazioni sociali. Non è necessario portare la prova piena per convincere l'amministrazione che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato. È tuttavia sufficiente che in tal senso vi siano indizi per una simile modifica, anche se permane la possibilità che un'analisi approfondita dimostri che questo cambiamento in realtà non è subentrato (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 2002 IV Nr. 10 consid 1c/aa con riferimenti, vedi pure STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008 e STF I 55/07 del 26 novembre 2007). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 3 e 4 OAI del rilevante cambiamento (“(...) Aus dem Normzweck ergibt sich, dass die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen hat, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen sind (BGE 109 V 114 Erw. 2b, 123 Erw. 3b und 264 Erw. 3, je mit Hinweisen)(...) ” , riportato nella STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). 2.2. Nel caso di specie oggetto del contendere è pertanto unicamente la questione di sapere se a ragione l'UAI ha rifiutato di entrare nel merito della domanda e meglio se lo stato di salute della ricorrente, rispetto allo stato di fatto presente all'epoca dell'emissione della decisione del 15 gennaio 2013 (cfr. DTF 133 V 108), ha subito un peggioramento tale da incidere sul grado d'invalidità. In concreto, con decisione del 15 gennaio 2013 (doc. AI 84-1 e seguenti), l'UAI ha concesso all'assicurata una rendita intera dal 1° novembre 2010 (diritto al versamento dal 1° dicembre 2010) al 30 aprile 2011 e ¼ di rendita dal 1° maggio 2011 (grado d'invalidità del 45%). La prestazione è stata confermata in occasione della successiva revisione, avendo la certificazione medica acquisita attestato uno stato clinico globalmente invariato (cfr. valutazione del 15 aprile 2013 della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia [doc. AI 91]; presa di posizione del 24 aprile 2013 del medico SMR, dr. med. _____ [doc. AI 93-1]; comunicazione del 25 novembre 2013 [doc. AI 100-1]). Nella richiesta di aumento della prestazione, l'insorgente si riferisce ad un certificato dell'11 aprile 2014, della propria

curante, dr.ssa med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 102). L'attestato, tramite il quale la specialista sostiene che la " paziente fa una forte ricaduta con le ansie, non dorme, molto tesa, proiettiva verso tutti " non contiene tuttavia elementi medici oggettivi atti a rendere verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza sulla sua capacità lavorativa rispetto alla situazione esistente il 15 gennaio 2013, quando è stata emessa la decisione di attribuzione di $\frac{1}{4}$ di rendita dal 1° maggio 2011 (doc. AI 85-1). La " terapia attuale " descritta, ossia Olanzapin 5mg x 2, Venlafaxine 75 mg al mattino e Dematrin 10 mg la notte, non si distanzia infatti sostanzialmente da quella figurante nel certificato della medesima specialista del 21 novembre 2012, anteriore alla precedente decisione del 15 gennaio 2013 (cfr. doc. AI 80-2: " la paziente sopraccitata è sempre in mia cura con una terapia antidepressiva: Venlafaxine 75 mg, Olanzapin 5 mg e Dematrin 10 mg volte "). Il certificato si esaurisce poi in una descrizione di quanto avvenuto, in particolare la difficoltà per l'insorgente di reinserirsi nel mondo del lavoro e della situazione economica precaria dell'assicurata che non riesce a far fronte al suo fabbisogno, per poi concludere che " prendendo in considerazione il suo stato depressivo con spunti paranoici più la precaria situazione sociale, la paziente è inabile al lavoro al 100% (...) " (doc. AI 102-1). Tuttavia, fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (cfr. sentenza 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti e sentenza del 17 giugno 2009 inc. 32.2008.216). Neppure il successivo certificato del 6 giugno 2014 della medesima curante apporta elementi medici oggettivi atti a ritenere un peggioramento dello stato di salute con influenza sulla capacità lavorativa dell'interessata (doc. AI 109-2). Pur avendo leggermente modificato la posologia (" Venflaxine 75 mg x 2 Olanzapin 5 mg oro alla notte e Dematrin 10 mg 2 volte al giorno "), la curante non porta elementi medici oggettivi ed in particolare non pone nuove diagnosi secondo una codificazione internazionale riconosciuta (cfr. a questo proposito la sentenza 9C_636/2013 del 25 febbraio 2014). La circostanza che l'interessata abbia avuto una " forte crisi angosciata con interrottamente del pianto accompagnato di sentimenti di miseria, povertà ", abbandono, umiliazione e disperazione " per non poter trovare il lavoro ", ciò che corrisponde alla diagnosi di " melanconia ", non modifica l'esito della domanda di prestazioni poiché questi aspetti erano già presenti prima dell'emissione della precedente decisione del 15 gennaio 2013 e per il periodo in cui il medico SMR dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, aveva ritenuto l'interessata incapace al lavoro al 50% in qualsiasi attività, che ha poi condotto al riconoscimento di $\frac{1}{4}$ di rendita (cfr. doc. AI 67-1, attestato del 10 giugno 2012 della dr.ssa med. _____: " sintomi e condizioni attuali della/del paziente melanconia, ansia insonnia, disperazione "; cfr. anche il referto del dr. med. _____ del 30 marzo 2011 per l'assicurazione malattia, doc. Cassa malati 21, dove figura che la ricorrente " si sente ancora ansiosa, talvolta ha delle crisi di pianto, esce poco di casa. L'umore è altalenante "). Quanto alla circostanza che abbia avuto idee suicidali (doc. AI 109-2: " [...] in seguito si nota una forte agitazione, la paziente mi chiama per aiutarla, perché diceva: "non voglio più vivere, meglio morire e ho già pensato come" [...]), va evidenziato come la curante ne avesse già fatto cenno in un certificato del 7 ottobre 2010 (cfr. doc. Cassa malati 19-1: l'assicurata " è disperata e non vede il futuro, è angosciata, fortemente depressa, purtroppo fino ad avere idee nere, voglio dire suicidalità "), ma poi in occasione della visita presso l'SMR di poco tempo dopo (10 gennaio 2011), erano presenti " idee auto lesive " mentre " apparentemente assenti idee suicidali attive o passive " (doc. AI 38-5). Del resto dal certificato del 6 giugno 2014 della curante si evince che, dopo averla

convocata nel suo studio e dopo la somministrazione di un ansiolitico di tipo Olazapin, “ la paziente si calma, è più tranquilla, più coerente, esprime un po’ di speranza per il futuro e poi accetta di tornare a casa a riposarsi ” (doc. AI 109-2). In altre parole, essa, come in passato, ha risposto bene alla terapia farmacologica, sormontando la diminuzione del tono dell’umore. Anche il fatto che gli episodi di questo tipo sono frequenti (doc. AI 109-2: “ [...] La paziente è sempre in mia cura, il suo stato psichico è molto instabile, una ricaduta si conta dopo un’altra e malgrado una intensa terapia antidepressiva [...] ” e “ [...] questo episodio non è solitario, anzi sono molto frequenti [...] ”) non è una novità, giacché il 21 novembre 2012 la medesima curante aveva rilevato che “ lo stato psichico della paziente è molto fragile, malgrado la cura lo stato psichico oscilla fra una ad altra ricaduta e naturalmente devo ricorrere ad aumento della farmacoterapia ” (doc. AI 80-2; cfr. anche doc. AI 80-1) ed il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia il 10 dicembre 2012 aveva rilevato che la “ documentazione presentata non riporta nuove informazioni mediche ” (doc. AI 82-1). Per quanto concerne la presenza di pianto e di ansia (cfr. doc. AI 109-2), va evidenziato che erano già stati rilevati nel corso delle visite presso il medico SMR, dr. med. _____, da ultimo il 5 settembre 2012 (doc. AI 71-5: “ [...] Appare collaborante e accessibile per tutto il colloquio, durante il quale dimostra note di ansia libera e piange a tratti [...] ”; cfr. anche visita del 10 gennaio 2011, doc. AI 38-5: “ [...] Piange ripetutamente durante il colloquio, in seguito si calma e si dimostra più aperta e collaborante [...] ” e “ [...] Durante il colloquio emergono rimuginazioni sulla situazione familiare e sulla perdita del lavoro, con tendenza al pianto e abbassamento del tono dell’umore [...] ”). Infine anche nel certificato del 6 giugno 2014, come del resto nei diversi attestati compilati dalla curante, l’accento viene messo spesso sulle difficoltà economiche dell’interessata che non riesce a trovare un’occupazione. Tuttavia fattori socio-economici, seppur importanti, non rientrano in una valutazione medico-psichiatrica (cfr. sentenza 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti e sentenza del 17 giugno 2009 inc. 32.2008.216). Va poi rilevato che neppure il medico SMR, dr. med. _____, chiamato a valutare i certificati prodotti dalla ricorrente, ha ritenuto sufficienti le affermazioni del medico curante per ritenere verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza sulla capacità lavorativa dell’assicurata (cfr. doc. AI 105-1 e 111-1). A questo riguardo va 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 di questo disposto come pure dell’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_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Alla luce di quanto sopra esposto, rammentato che l’amministrazione deve tener conto del tempo trascorso dall’ultima decisione, giacché più l’ultimo provvedimento è recente, maggiori sono le esigenze da porre per ritenere verosimile il peggioramento (sentenza I 619/06 del 10

febbraio 2005; cfr. sentenza 32.2011.252 del 22 febbraio 2012), questo TCA deve concludere che non sia stato reso verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza rilevante sulla capacità lavorativa della ricorrente rispetto alla situazione esistente il 15 gennaio 2013. In queste condizioni alla richiesta, generica, formulata nel ricorso, di acquisire quali prove “ perizia medica, documenti ” (doc. I, pag. 3), non va dato seguito. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell’11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall’art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Il TCA, alla luce di quanto sopra, rinuncia all’assunzione di ulteriori prove. 2.3. Secondo l’art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell’insorgente.

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