

TI_GERICHTE 32.2022.75 vom 23. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.75

FR: TI_GERICHTE 32.2022.75 du 23 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.75 del 23 settembre 2022

Regeste

Prima domanda di prestazioni respinta. Conferma della valutazione medico-teorica che ha escluso la presenza di affezioni invalidanti

Erwägungen

E. 28

cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI, entrato in vigore al 1° gennaio 2022, il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 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/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, art. 28a, pag. 389).

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). Inoltre, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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 LPGA - 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 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.5. Nel caso concreto questo TCA condivide le motivazioni del consulente IP che ai fini dell'AI considera la ricorrente salariata al 100%. A tal riguardo nel rapporto 11 agosto 2022 il consulente ha rilevato che l'assicurata prima della nascita del figlio (2013) lavorava, che è nubile, che ha un figlio che oramai ha più di 9 anni e che ha problemi economici ed è al beneficio dell'assistenza dal 2016 (doc. AI 25). Queste circostanze non le avrebbero impedito, senza il danno alla salute (che, come si vedrà nel seguito, non è di natura invalidante), di cercare un'occupazione per far fronte al proprio sostentamento e a quello del figlio. Nell'ambito dell'istruttoria, l'Ufficio AI ha raccolto la necessaria documentazione medica (cfr. i rapporti 15 marzo 2022 del medico curante, dr. med. _____ [doc. 18]; 6 aprile 2022 della dr.ssa med. _____, specialista in gastroenterologia [doc. 17]; 18 marzo e 15 aprile 2022 del dr. med. _____, anche lui gastroenterologo [doc. 18]) che è stata valutata dal SMR. Come accennato, con annotazioni del 10 agosto 2022 il dr. med. _____ del SMR ha concluso per una patologia cronica intestinale (ileocolite di Crohn) senza complicazioni attualmente ben compensata dalle terapie in atto. Egli ha poi rilevato che "non sono mai stati attestati periodi di IL" e che "risulta chiaro che la patologia intestinale è di tipo cronico pertanto soggetta a fasi di recrudescenza peraltro ad oggi in assenza di complicazioni maggiori (es. stenosi intestinali, enterorragie importanti condizionanti grave anemizzazione ...) (doc. 23). Altre patologie non sono state riscontrate. Con osservazioni 6 settembre 2022 al progetto di decisione, la curatrice dell'assicurata ha prodotto lo scritto 31 agosto 2022 del medico curante, dal seguente tenore: " ... vi segnalo che la paziente è affetta da Morbo di Crohn, malattia cronica ad andamento continuo-rimettente, con periodi di remissione seguiti da riacutizzazioni improvvise malgrado terapia farmacologica tuttora in corso (seguita regolarmente dalla Dr.ssa _____ gastroenterologa), che limitano fortemente la paziente nell'attività lavorativa. Si richiede, pertanto la revisione del progetto di decisione AI per una eventuale rendita di invalidità, magari coinvolgendo periti nel settore a vostra discrezione. Qualora lo riteniate opportuno, sarò lieto di fornirvi ulteriori informazioni in merito previo consenso della paziente." (pag. 79 incarto AI) A tal riguardo, con annotazioni del 21 settembre 2022 il medico SMR ha pertinentemente rilevato (sottolineatura del redattore): " Visto il nuovo certificato medico del Dr.med. _____ datato 31.08.2022 (GED osservazioni 08.09.22) in cui attesta la già nota patologia intestinale, senza menzionare limitazioni funzionali e/o impedimenti oggettivi ed oggettivabili, attestando empiricamente una ipotetica IL (mai attestata in precedenza) per generica attività lavorativa e richiedendo una rendita, non può che essere ininfluenza, pertanto lo scrivente rinvia alla risposta SMR del 10.08.2022 che si conferma integralmente." (pag. 84 incarto AI) Con il ricorso la curatrice, oltre al succitato rapporto del medico curante, ha allegato il rapporto 18 ottobre 2022 della dr.ssa med. _____. In quel rapporto la specialista in gastroenterologia ha certificato (sottolineature del redattore): "(...) che la signora RI 1 risulta affetta da Morbo di Crohn a carattere non stenotico non penetrante (B1 sec. Montreal) in terapia con farmaco biologico (Humira), la cui induzione è finita a settembre 2021. Tale terapia ha permesso un discreto controllo della nota malattia infiammatoria intestinale che tuttavia, come è insito in questo tipo di patologia, presenta un rischio difficilmente stimabile e prevedibile di riacutizzazione. Infatti a febbraio 2022 abbiamo assistito ad un peggioramento del quadro clinico e biochimico, confermato anche

dall'esame endoscopico, che ha necessitato di un nuovo ciclo di terapia corticosteroidea, anch'essa non scevra da effetti collaterali, e di un'intensificazione del dosaggio di Humira a 40 mg/settimana. Inoltre, la necessaria terapia biologica pone la paziente in uno stato di immunosoppressione con un incremento del rischio in particolare di eventi infettivi.

Attualmente la paziente presenta un quadro clinico e laboratoristico stabile con malattia in fase di remissione, effettuiamo controlli regolari, ogni 3-6 mesi, e lo screening per i tumori maggiormente associati all'utilizzo di farmaci biologici. Nonostante tali interventi è dimostrato che il Morbo di Crohn possa avere un andamento fluttuante dei sintomi con addominalgie e talvolta urgenza evacuativa, che potrebbero portare la paziente a doversi assentare improvvisamente dall'attività lavorativa e invece permetterle una normale attività professionale nei periodi di benessere. Inoltre possono verificarsi delle recidive che richiedono in alcuni casi il ricovero ospedaliero, come avvenuto in due occasioni a febbraio 2022 e due volte a luglio e agosto 2021. Pertanto chiedo cortesemente di valutare tutti i summenzionati elementi nel redigere una Decisione finale ai fini dell'AI." (doc. A4)

Pronunciandosi in merito al suddetto rapporto, con annotazioni del 2 novembre 2022 il medico SMR ha osservato (le sottolineature sono del medico stesso): "(...) Nello specifico caso, ricordo che il farmaco Humira è un anticorpo monoclonale selettivo, utilizzato per diverse patologie autoimmuni (artrite idiopatica, psoriasi a placche e Morbi di Crohn ecc.) in età pediatrica ad un dosaggio variabile secondo il peso corporeo e nello specifico di 20 mg fino a 40 kg, e di 40 mg di farmaco (somministrato 1 o 2 volte alla settimana) per peso superiore ai 40 kg ed età compresa tra 4 e 17 anni sia eventualmente negli adulti dopo una dose di carico (induzione) variabile tra gli 80 a 160 mg/settimana. È possibile, ovviamente, essendo un farmaco immunodepressore (di lieve entità) contrarre più facilmente infezioni (nei bambini) durante il trattamento con Humira. Questo rischio può aumentare però solo se la funzione polmonare del bambino è già compromessa e/o se vi sono gravi patologie associate ad altri organi. Altri effetti collaterali noti e più frequenti possono coinvolgere il sistema digestivo, come dolori addominali con nausea e lieve vomito. Altri effetti meno gravi di Humira includono il sistema neurologico, come un lieve mal di testa e/o vertigini. Non concordo dunque anche con la seguente frase attestata nel certificato dalla capoclinica del servizio di gastroenterologia _____: "Inoltre, la necessaria terapia biologica pone la paziente in uno stato di immunosoppressione con un incremento del rischio in particolare di eventi infettivi", poiché dal lato medico l'A.ta non si trova in una condizione di immuno-soppressione conclamata né da parte della malattia né da parte del farmaco utilizzato poiché si tratta di un farmaco (anticorpo) selettivo ma semmai potrebbe esporre l'A.ta ad un solo "possibile rischio infettivo" e per di più di lieve entità come ampiamente dimostrabile nella letteratura scientifica (e lo ricorso ancora che si tratta di un farmaco impiegato in età pediatrica su soggetti). Infatti come attesta la stessa Dr.ssa med.

_____ : " Attualmente la paziente presenta un quadro clinico e laboratoristico stabile con malattia in fase di remissione, effettuiamo controlli regolari, ogni 3-6 mesi, e lo screening per i tumori maggiormente associati all'utilizzo di farmaci biologici. Nonostante tali interventi è dimostrato che il Morbo di Crohn possa avere un andamento fluttuante dei sintomi con addominalgie e talvolta urgenza evacuativa, che potrebbero portare la paziente a doversi assentare improvvisamente dall'attività lavorativa e invece permetterle una normale attività professionale nei periodi di benessere. Inoltre possono verificarsi delle recidive che richiedono in alcuni casi il ricovero ospedaliero, come avvenuto in due occasioni a febbraio 2022 e due volte a luglio e agosto 2021". Riscontrato dunque che si tratta di "normali" poussées nel ciclo della nota patologia cronica intestinale non complicata

e ben gestita dalle sole terapie farmacologiche in atto le quali peraltro presentano (di cui sopra) effetti collaterali simili al quadro di riacutizzazione gastro-intestinale (quindi senza peraltro poterlo differenziare dal lato clinico), come anche già definito nella seconda opinione del Dr.med. _____ (GED 21.04.2022), ritengo che si debba confermare integralmente il contenuto della decisione formale AI del 23.09.2022 secondo la quale l'assicurata non presenta un danno alla salute che causa un'incapacità lavorativa di lunga durata in qualsivoglia attività lucrativa." (doc. V1) Esaminati gli atti questo TCA non può che confermare le conclusioni del SMR, ossia che la patologia di cui l'assicurata soffre non causa un'incapacità lavorativa di lunga durata in qualsiasi attività lucrativa e non è quindi invalidante. Certo, non si misconosce che vi sono stati dei periodi di recidiva della malattia cronica, alcune volte con ricoveri ospedalieri (agosto 2021 e febbraio 2022), ma detti ricoveri si sono alternati a periodi di remissione come rilevato dalla dr.ssa med.

_____ nel citato rapporto del 18 ottobre 2022. Va comunque evidenziato che la stessa sanitaria ha potuto riscontrare una stabilità della malattia in fase remissiva e che la terapia seguita ha permesso "un discreto controllo della nota malattia infiammatoria". Pertanto, questo giudice non può che confermare quanto valutato dal SMR nelle annotazioni 2 novembre 2022, ossia che "(...) si tratta di "normali" poussée nel ciclo della nota patologia cronica intestinale non complicata e ben gestita dalle sole terapie farmacologiche in atto (...)". Altre patologie oltre al morbo di Crohn non sono state riscontrate. Difatti, nel rapporto 18 marzo 2022 il dr. med. _____, specialista in medicina interna e gastroenterologia al quale l'assicurata si è rivolta per un secondo parere (cfr. al riguardo rapporto 15 aprile 2022 all'Ufficio AI, inc. AI pag. 60), ha segnatamente concluso che "a livello ecografico non ho riscontrato patologie a livello epatobiliare o pancreatico rispettivamente altre cause per i fastidi ricorrenti in emiaddome destro, con tutta la probabilità da imputare alla nota ileo-colite Crohn. Al momento il decorso è abbastanza favorevole (...)" (inc. AI pag. 67). Né del resto l'insorgente ha prodotto documentazione medica attestante la presenza di un'incapacità lavorativa durevole ai sensi dell'art. 4 LAI (cfr. consid. 2.3). Al riguardo 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). Visto quanto sopra, tenuto conto delle affidabili e convincenti conclusioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.4), è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 139 V 218 consid. 5.3), che l'assicurata non presenta un danno alla salute causante un'incapacità lavorativa di lunga durata e quindi un'invalidità. Visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.6. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi 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 fr. 500 sono poste a carico della ricorrente, la quale ha tuttavia chiesto l'esonero dal pagamento di tasse e spese processuali. 2.7. Con riferimento quindi alla richiesta di esonero dal pagamento di tasse e spese processuali (cfr. art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG]), va detto che i presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono dati se il richiedente, non patrocinato da un avvocato, si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti); Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STF U 102/04 del 20 settembre 2004). Nel caso concreto, le condizioni per concedere l'esonero dal pagamento delle spese sono date, poiché la vertenza non era sin dall'inizio priva di esito favorevole e la ricorrente si trova in una situazione d'indigenza (percepisce delle prestazioni dall'assistenza sociale; cfr. doc. II/1). Rimane riservato l'obbligo di rimborso qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6 ; cfr. anche art. 6 cpv. 1 Lag). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (cfr. STF 9C_324/2017 del 6 luglio 2017, 9C_396/2013, 9C_397/2013, 9C_398/2013 del 15 ottobre 2013, I 885/06 del 20 giugno 2007).

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