

TI_GERICHTE 32.2024.30 vom 5. März 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-03-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.30

FR: TI_GERICHTE 32.2024.30 du 5 mars 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.30 del 5 marzo 2024

Regeste

Diritto alla mezza rendita. Rinvio degli atti all'Ufficio AI per accertamenti medici, tenendo conto del peggioramento delle condizioni di salute intervenuto prima della decisione impugnata

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%. L'art. 28b cpv. 1 LAI prescrive che l'importo della rendita è determinato quale quota percentuale di una rendita intera. Il cpv. 2 dispone che se il grado d'invalidità è compreso tra il 50 e il 69 per cento, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità. Il cpv. 3 prevede che se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70 per cento, l'assicurato ha diritto a una rendita intera. Infine, il cpv. 5 stabilisce che se il grado d'invalidità è inferiore al 50 per cento, si applicano le quote percentuali ivi indicate. 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., pag. 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 pag. 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 (cfr. DTF 129 V 222). 2.4. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e,

contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che 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. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (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 (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29 bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65). 2.5. 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). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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, opag. 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 giurisprudenziali ivi menzionati). 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 2.6. Nella concreta fattispecie, dopo aver visitato l'assicurato l'11 agosto 2022 (doc. 45), aggiornati gli atti medici, con rapporto 12 settembre 2023 la dr.ssa med. _____ del SMR, poste le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa ed elencati i limiti funzionali, ha valutato un'inabilità in qualsiasi attività del 100% dal 28 gennaio 2021, ridotta al 50% dal 15 marzo 2021, aumentata al 100% dal 30 giugno 2023 e, nuovamente ridotta al 50% dal 16 settembre 2023. In attività adeguate il medico SMR ha ritenuto data una piena abilità dal 14 luglio 2023 (doc. 72). Con il presente ricorso l'assicurato ha prodotto un atto medico volto a dimostrare un peggioramento del suo stato di salute. Trattasi dello scritto 10 aprile 2024 del medico curante, dr. med. _____, al dr. med. _____ (specialista della mano). Oltre ad elencare le diagnosi, il curante ha segnalato che il paziente presenta "una nuova formazione cistica alla base della 3° mano sx e sotto la cicatrice si notano pure delle aderenze con coinvolgimento della cute" (doc. C). Il curante ha chiesto allo specialista di convocare il suo paziente per accertamenti. Successivamente, pendente causa, il ricorrente ha prodotto: · rapporto 29 maggio 2024 del dr. med. _____ (visita ambulatoriale dello

stesso giorno) (doc. D); · rapporto 1° luglio 2024 (visita ambulatoriale del 26 giugno 2024) del dr. med. _____ (doc. E); · rapporto 3 luglio 2024 (visita ambulatoriale dello stesso giorno) (doc. F). I suddetti atti medici sono stati valutati il 29 luglio 2024 dal medico SMR il quale, confermando il precedente rapporto del 12 settembre 2023, ha accertato un peggioramento avvenuto nel maggio 2024 a seguito di due modifiche di diagnosi (evoluzione delle listesi L5 e tenosinovite del flessore lungo il pollice) e di una relativa ai limiti funzionali (limitazione nella presa e nella forza di opposizione fra pollice ed indice mano sinistra in assicurato mancino). La dr.ssa med. _____ del SMR ha poi concluso che “detto peggioramento dello stato di salute potrà essere oggetto di un’eventuale ulteriore domanda di revisione (doc. XII/1). L’assicurato contesta detta conclusione, ritenendo il peggioramento antecedente all’emissione del provvedimento impugnato e suscettibile quindi di essere accertato dall’Ufficio AI. 2.7. Alla luce della documentazione agli atti, questo giudice non può confermare la decisione dell’Ufficio AI di limitare il diritto alla rendita al 30 novembre 2022 senza effettuare ulteriori approfondimenti medici dovuti al peggioramento delle condizioni di salute dell’assicurato. In primo luogo va ricordato che per costante giurisprudenza, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell’emanazione di tale decisione (fra le tante: DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in concreto dunque il 5 marzo 2024. La giurisprudenza federale ha tuttavia sottolineato che fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (cfr. STF 8C_323/2023, 8C_324/2023, 8C_325/2023 del 17 ottobre 2023; SVR 2003 IV Nr. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2023.46 dell’11 settembre 2023, consid. 2.9; STCA 32.2023.6 del 21 agosto 2023, consid. 2.6). Come visto al considerando precedente, il medico SMR ha ritenuto che l’eventuale peggioramento dello stato di salute dell’assicurato, dovuto in particolare dalla modifica delle diagnosi e delle limitazioni funzionali, sia da collocare nel mese di maggio 2024, successivamente quindi alla decisione contestata. Vero che nel rapporto del 3 luglio 2024 il dr. med. _____ aveva riferito che “ il paziente soffre di tal problematica (tenosinovite del flessore lungo del pollice n.d.r.) da ca. 2 mesi (quindi da maggio 2024), con limitazione parziale nelle att. di flessione attivo del dito interessato ai massimi ” (doc. F). Tuttavia, va ricordato che nel mese di aprile 2024 il ricorrente si era rivolto al suo medico curante, facendogli presente una nuova formazione delle ciste alla mano sinistra (cfr. lo scritto 10 aprile 2024 del dr. med. _____ citato nel consid. 2.5). Successivamente, come esposto al considerando precedente, l’assicurato il 3 luglio 2024 è stato visto dallo specialista della mano dr. _____. In queste circostanze è poco verosimile che nel giro di un mese rispettivamente di due mesi dalla decisione impugnata sia subentrato il peggioramento. Va poi tenuto conto che l’ultimo atto medico (ossia il rapporto SMR) risale al 12 settembre 2023 (doc. 72). Inoltre, tra la delibera dell’Ufficio AI all’attenzione della competente cassa di compensazione riguardo l’esito degli accertamenti, datata al 5 ottobre 2023 (doc. 74), e la decisione impugnata (5 marzo 2024) sono trascorsi ben 5 mesi. Pertanto è ben possibile che al momento dell’emissione della decisione l’eventuale peggioramento fosse durato tre mesi senza interruzione notevole ai sensi dell’art. 88a cpv. 2 OAI. Secondo questo giudice tale peggioramento va pertanto preso in considerazione, in quanto, visto il tempo breve intercorso fra decisione impugnata e i referti in questione, non si può escludere, ma appare anzi probabile, che si riferisce ad un quadro clinico antecedente al provvedimento contestato. Spetta quindi all’Ufficio AI, al

quale vanno retrocessi gli atti, valutare l'entità del peggioramento ai fini della residua capacità lavorativa in attività adeguate. Dopo di che, a dipendenze dell'esito, effettuate anche eventuali nuove valutazioni economiche che si rendessero necessarie, emetterà, nel rispetto dei dettami dell'art. 57a LAI, una nuova decisione soggetta a ricorso ai sensi degli artt. 56ss LPGA, in merito all'eventuale diritto alla rendita successivamente al 30 novembre 2022, ritenuto che il periodo precedente è rimasto incontestato. 2.8. Alla luce delle considerazioni esposte, la decisione impugnata deve essere annullata e il ricorso accolto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1f bis LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a 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 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr. STF 8C_307/2021 del 25 agosto 2021 consid. 6; DTF 141 V 281 consid. 11.1 e 137 V 210 consid. 7.1 con riferimenti) le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà al ricorrente, patrocinato in causa da RA 1, fr. 1'800 di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA).

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