

TI_GERICHTE 32.2002.50 vom 13. März 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-03-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.50

FR: TI_GERICHTE 32.2002.50 du 13 mars 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2002.50 del 13 marzo 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.03.2003 32.2002.50 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.03.2003 32.2002.50 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.03.2003 32.2002.50

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 32.2002.50 BS /cd Lugano 24 marzo 2003 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 29 aprile 2002 di _____ ora Comunione ereditaria fu _____, composta dall'erede unico _____, 6850 Mendrisio contro la decisione del 13 marzo 2002 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, classe 1947, portatrice di una sindrome affettiva bipolare (cfr. certificato dr. _____, doc. AI _), in data 31 maggio 2001 ha inoltrato una domanda tendente ad ottenere delle prestazioni AI per adulti (doc. AI _). 1.2. Esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso, con decisione 13 marzo 2002 l'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) ha riconosciuto all'assicurata una rendita intera dal 1° aprile 2002 (doc. AI _). 1.3. Mediante ricorso 29 aprile 2002 _____, rappresentata da suo fratello _____, premettendo quanto segue: "(...) - negli ultimi anni mia sorella, avendo esaurito le prestazioni dell'assicurazione disoccupazione, ha dovuto accettare tutte le occupazioni proposte dai "collocatori" dell'Ufficio del lavoro di _____. Purtroppo, per il suo stato di salute, non era in grado di svolgere un'attività al 100% e pertanto nei limiti del periodo di prova veniva regolarmente licenziata. - dopo la sua ultima occupazione (durata 2 mesi e 1/2), terminata il 19 marzo 2001 è caduta in un profondo stato depressivo ed è stata ricoverata all'Ospedale _____ per due mesi. - l'assistente sociale incaricata dal dott. _____ mi ha comunicato che per lei e secondo il parere del medico curante era il caso di presentare una domanda di invalidità. Considerato che mia sorella non aveva "nessun diritto" di percepire uno stipendio, nè una rendita da qualsiasi assicurazione ho chiesto come avrebbe potuto sopravvivere e mi è stato detto che, anche se i tempi per la decisione della rendita di invalidità sono lunghi, non dovevamo preoccuparci in quanto il diritto alla rendita scatta dal giorno della presentazione della domanda (31.05.2001) e pertanto avrebbe diritto alla retroattività." (cfr. doc. I) ha postulato l'erogazione della rendita per un periodo antecedente a quello stabilito dall'amministrazione. Nel caso in cui non sussistesse tale diritto, essa ha chiesto se esistono altre misure che possano compensare l'anno in cui è rimasta senza sostentamento. 1.4. Con

risposta di causa 23 maggio 2002 l'UAI ha postulato la reiezione del gravame osservando: " (...) Nel presente caso, uno dei curanti dell'assicurata ha attestato una completa inabilità lavorativa a far tempo dal 1. aprile 2001 (rapp. dott. _____, doc. n. _ inc. AI). In base alla citata norma, il diritto al versamento della rendita nasce quindi il 1. aprile 2002. In tal senso il momento in cui è stata introdotta la richiesta di prestazioni non è determinante. In merito al secondo punto sollevato dall'assicurata, si precisa che l'assicurazione invalidità assegna una rendita allorquando si tratta di compensare una diminuzione della capacità di guadagno, cagionata come visto da un danno alla salute. L'assegnazione di una rendita avviene indipendentemente dalle condizioni economiche nelle quali versa l'assicurato. Prima che intervenga l'assicurazione invalidità sono normalmente chiamate in causa altre assicurazioni, a seconda del tipo di rischio che l'assicurato realizza. Citiamo l'assicurazione malattia, l'assicurazione infortuni, l'assicurazione disoccupazione. Se la persona non è coperta da alcuna assicurazione (o se le prestazioni elargite da quest'ultima si esauriscono), ed i suoi introiti sono scarsi o nulli, resta come unica possibilità quella di rivolgersi all'assistenza, il cui scopo è appunto quello di garantire il minimo vitale al richiedente. Si ricorda ad ogni modo che il beneficiario di una rendita AI che versa in precarie condizioni finanziarie può inoltrare richiesta di prestazioni complementari. Trattasi di prestazioni che entrano in considerazione quando le entrate dell'assicurato non sono sufficienti a coprire il suo fabbisogno vitale." (cfr. doc. _) 1.5. Il 25 giugno 2002 il Vicepresidente del TCA si è rivolto al dr. _____, medico psichiatra, per dei ragguagli sulla capacità lavorativa della ricorrente (VII), ricevendo risposta il 9 agosto 2002 (IX). Le risultanze sono state intimate alle parti, le quali hanno presentato le loro osservazioni (XI, XIII e XVI). 1.6. A seguito della comunicazione 9 dicembre 2002 del decesso della ricorrente (XVIII), conformemente all'art. 104 CPC la causa è stata sospesa per tre mesi, sino alla scadenza del termine per la rinuncia della successione (XIX). Interpellato dal TCA, il 10 marzo 2003 _____ ha informato di avere accettato, quale unico erede, l'eredità della defunta sorella e comunicato di continuare la causa (XXII). Di conseguenza, con ordinanza 17 marzo 2003 la procedura ricorsuale è stata riattivata (XXIII). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurata ha diritto alla rendita intera per il periodo antecedente al 1° aprile 2002. 2.3. Con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), la quale ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito dell'assicurazione per l'invalidità, Tale legge non è tuttavia applicabile alla fattispecie concreta, poiché, secondo la giurisprudenza del TFA, il giudice delle assicurazioni sociali non tiene conto di modifiche legislative e di fatto verificatesi dopo il momento determinante della resa del provvedimento amministrativo impugnato (STFA non pubblicata del 9 gennaio 2003 nella causa A.A., P76/01; DTF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Ne consegue che, essendo stato il provvedimento qui impugnato reso il 13 marzo 2002, gli articoli di seguito citati della LAI e dell'OAI

corrispondono al tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002. 2.4. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %.

2.5. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata 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 e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, *Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations*, pagg. 200 e ss.). 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 (art. 28 cpv. 2 LAI). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 232; D. Cattaneo, *Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage*, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.6. Occorre innanzitutto precisare che per la decorrenza della rendita d'invalidità non fa stato né la data in cui l'assicurato ha presentato la domanda di prestazioni assicurative, né la ricezione della stessa da parte dell'UAI. Secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, infatti, il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media. Di regola il periodo di carenza incomincia non appena l'assicurato subisce una diminuzione sensibile del suo rendimento nella professione esercitata sino a quel momento ed il termine può cominciare a decorrere anche quando l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno o non esercita alcuna attività lucrativa (cfr. DTF 105 V 159; RCC 1979 p. 281; RCC 1970 p.

402). Una diminuzione della capacità di lavoro del 20% soddisfa già la nozione legale (Pratique VSI 1998 pag. 126). Alla scadenza del termine di 360 giorni l'assicurato deve presentare un'incapacità - questa volta - di guadagno del 40% almeno, che verrà definita secondo i disposti dell'art. 28 LAI. L'ammontare della rendita che verrà versata dipende dal grado d'incapacità di lavoro durante il periodo di carenza e di quello dell'incapacità di guadagno residua dopo i 360 giorni. Di conseguenza una rendita intera potrà essere riconosciuta solo se l'incapacità media di lavoro durante l'anno di carenza è stata di due terzi almeno e se in seguito sussiste un'incapacità di guadagno di perlomeno pari grado (RCC 1980 p. 263). Pertanto se l'incapacità media di lavoro è stata del 60% durante 360 giorni, l'assicurato non avrà diritto per cominciare che ad una mezza rendita anche se allo scadere del termine la sua incapacità di guadagno supera i due terzi. Inversamente, se dopo 360 giorni di incapacità media di lavoro di oltre due terzi l'incapacità di guadagno è scesa al 60%, l'assicurato avrà diritto unicamente ad una mezza rendita d'invalidità (Valterio, op. cit. pag. 222s, Pratique VSI 1998 pag. 126-127). Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). Vi è interruzione notevole del termine di 360 giorni ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI allorché l'assicurato è interamente abile e presenta, durante almeno 30 giorni consecutivi, una capacità al lavoro economicamente utilizzabile, senza riguardo alla sua remunerazione (RCC 1969 p. 571). Il periodo di 360 giorni non è per contro interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro - essendo provatamente al di sopra delle forze dell'assicurato - è fallito, anche se esso è durato più di 30 giorni (RCC 1964 p. 168).

2.7. Nel caso in esame, con la risposta di causa l'UAI ha informato di aver fatto decorre l'incapacità lavorativa al 100% nell'attività di impiegata dal 1° aprile 2001, conformemente a quanto certificato il 18 settembre 2001 dal dr. _____, psichiatra e psicoterapeuta (doc. AI _). Con osservazioni 10 settembre 2002 il fratello dell'assicurata ha invece sostenuto che dal 1995 sua sorella non è stata più in grado di lavorare regolarmente, ad eccezioni di qualche occupazione precaria alternata da periodi di disoccupazione (XIII). Orbene, come già anticipato, dagli atti risulta che con rapporto 18 settembre 2001 il dr. _____ ha certificato una piena inabilità lavorativa quale impiegata dal 1° aprile 2001, precisando comunque "di non essere a conoscenza delle date esatte dell'incapacità lavorativa precedente" (doc. AI _). L'8 agosto 2001 il medico curante, dr. _____, ha attestato un'incapacità lavorativa del 100%, sempre per motivi psichici, dal 17 maggio 2001, giorno in cui l'assicurata, a seguito di una ricaduta, è stata ricoverata presso l' Ospedale _____ dove è rimasta fino al 7 giugno 2001. Egli ha fra l'altro rilevato che " ad eccezione di due giorni di IL al 100% nel gennaio (2001 n.d.r.) per gastroenterite e l'inabilità lavorativa legata al ricovero a _____ dal 17.05.01, non ho prescritto inabilità lavorative " , precisando comunque di non essere a conoscenza di ulteriori inabilità lavorative per motivi psichiatrici (doc. AI _). Nel rapporto di giugno 2001 il dr. _____, psicologo e psicoterapeuta, ha trasmesso il referto 26 giugno 2001 della dr.ssa _____ psichiatra presso l'Ospedale _____ in cui quest'ultima ha fra l'altro evidenziato un'esacerbazione grave della sintomatologia depressiva nel 1988, con conseguente primo ricovero presso la Clinica _____. Dopo aver ripreso un'attività lavorativa nel 1990, terminata nel 1995, la paziente avrebbe accusato una riacutizzazione della sintomatologia psichica seguita da un altro ricovero presso la Clinica _____. Dalla dimissione essa avrebbe svolto lavori precari e temporanei usufruendo per determinati periodi dell'assicurazione disoccupazione. La dr.ssa _____ ha poi concluso che " dalla raccolta anamnestica si evince che anche negli anni in cui la paziente lavorava erano

presenti oscillazioni anche se sfumate del tono dell'umore non tale da ledere la sua efficienza ma che, a partire dal 1988, sembrerebbero accentuate in frequenza e durata a tal punto da compromettere la capacità lavorativa" (doc. AI _). Interpellato dal TCA sulla capacità lavorativa dell'assicurata, con lettera 9 agosto 2002 il dr. _____ ha rilevato: "(...) Dall'incartamento (la mia conoscenza personale della paziente è limitata) risulta che la signora _____ ebbe una prima interruzione dell'attività lavorativa, per motivi psichici, nel 1982 ma che fino al 1988 sarebbe riuscita, dopo le cure del caso, a lavorare regolarmente. Dopo una nuova fase di malattia, avrebbe ripreso a lavorare con continuità dal 1990 sino al 1995. Dopo una terza ospedalizzazione avrebbe lavorato soltanto temporaneamente, alternando attività precarie a periodi di disoccupazione e ciò sino al momento del ricovero all'Ospedale _____. Personalmente ricordo la paziente, durante il suo soggiorno in Ospedale, come gravemente compromessa nelle sue facoltà cognitive e nell'affettività, tanto che, con certezza, si può dire che un'inabilità lavorativa di lunga durata era giustificata." (cfr. doc. _) Riguardo alle attività lucrative svolte dall'assicurata dopo il secondo ricovero alla Clinica _____ (1995), dagli atti di causa risulta che dal 4 novembre 1996 sino al 30 novembre 1998 essa è stata alle dipendenze della ditta _____ (doc. AI _); dal 15 marzo al 12 aprile 1999 presso la _____ (doc. AI _) e dal 27 settembre 1999 al 31 marzo 2000 presso la _____, il cui rapporto di lavoro è stato disdetto per cessata attività del datore di lavoro (doc. AI _). A parte una breve parentesi lavorativa presso la _____ (doc. AI _), la ricorrente ha lavorato un mese (20.11 -23.12.2000) per la _____ (doc. AI _) e tre mesi (8.01. - 19.3.2001) per conto della _____ (doc. AI _); secondo quest'ultimi due datori di lavoro l'assicurata non presentava problemi di salute. 2.8. Dall'esame della documentazione agli atti, questo Tribunale, non può dare seguito alla richiesta ricorsuale per i motivi che seguono. È vero che, come rilevato dal fratello della ricorrente con scritto 17 settembre 2001 (XVI), dal 30 novembre 1998 fino al 19 marzo 2001 l'assicurata ha svolto diversi lavori, in quanto è stata obbligata di accettare quanto l'Ufficio del lavoro le proponeva per non perdere il diritto alla disoccupazione, diritto di cui tuttavia essa non ha potuto beneficiare poiché non presentava un periodo di contribuzione di almeno 12 mesi nei due anni precedenti l'iscrizione al collocamento, né le è stato riconosciuto un esonero da tale adempimento per malattia ai sensi dell'art. 14 cv. 1 LADI (cfr. decisione 12 aprile 2001 della Cassa disoccupazione _____, cresciuta in giudicato in doc. AI _). Ora, non si vuol negare, come rilevato il 26 giugno 2001 dalla dr.ssa _____, un'esacerbazione della patologia psichica dal 1988 con compromissione della capacità lavorativa dovuta principalmente al manifestarsi in modo ciclico dei disturbi. Quanto attestato nel succitato rapporto non è tuttavia sufficientemente preciso per attestare un'inabilità lavorativa stabile, di rilevante durata precedentemente al 1° aprile 2001, né di quantificarne il grado (cfr. consid. 2.6) Che i disturbi psichici siano stati ciclici lo dimostrano i periodi lavorativi riportati al considerando precedente. Sino al 1998 la capacità lavorativa non risulta essere stata compromessa, visto che dal 4 novembre 1996 al 30 novembre 1998 l'assicurata ha lavorato presso la ditta _____ (doc. AI _). Per quanto riguarda il periodo successivo, va rilevato come il rapporto lavorativo con la _____, durato sei mesi, si sia concluso per cessazione dell'attività del datore di lavoro e non per motivi di salute della ricorrente (doc. AI _). Inoltre, durante ogni singola esperienza lavorativa presso la _____ e la _____, seppur di breve durata ma comunque esercitata a tempo pieno per almeno 30 giorni consecutivi, non è risultato che l'assicurata abbia avuto dei problemi di salute (doc. AI _). Per questi motivi è da ritenere che in quei periodi _____ fosse abile al lavoro, ciò che

ha interrotto il decorso del termine di attesa di 360 giorni (cfr. consid. 2.6). Del resto lo scritto 9 agosto 2002 del dr. _____ può fornire un'utile informazione in merito all'incapacità lavorativa di lunga durata antecedente al 2001; egli può unicamente confermare la piena inabilità dell'assicurata a seguito della degenza presso l'Ospedale di _____ (IX). Più dettagliato e completo è invece il rapporto 8 agosto 2002 del medico curante dr. _____, il quale, come ricordato al considerando precedente, prima del mese di aprile 2001 ha attestato due giorni d'inabilità (gennaio 2001) per gastroenterite e rilevato di non esser a conoscenza di ulteriori inabilità lavorative. Egli ha del resto precisato che " la paziente lavorava ancora almeno fino a febbraio 2001 sino a 10 ore al giorno, anche se si sentiva stressata" (doc. AI _). In conclusione, secondo questa Corte, è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che è solo a partire dal 1° aprile 2001 che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa rilevante ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Pertanto, trascorso l'anno di attesa durante il quale la ricorrente ha presentato un'inabilità lavorativa del 100% (cfr. consid. 2.6.), rettamente l'UAI le ha riconosciuto un rendita intera d'invalidità con decorrenza dal 1° aprile 2002. Ne consegue la conferma della decisione contestata, mentre il ricorso va respinto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é respinto . 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti