

TI_GERICHTE 32.2003.23 vom 17. Dezember 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-12-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.23

FR: TI_GERICHTE 32.2003.23 du 17 décembre 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2003.23 del 17 dicembre 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 23.10.2003 32.2003.23 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 23.10.2003 32.2003.23 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 23.10.2003 32.2003.23

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 32.2003.23 BS /fe Lugano 23 ottobre 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 31 gennaio 2003 di _____ contro la decisione del 17 dicembre 2002 emanata da Ufficio assicurazione invalidità , 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto

1.1. _____, classe 1963, esercente, il 21 /25 giugno 2001 ha presentato una domanda di prestazioni AI per adulti volta in particolare all'ottenimento di una riforma professionale facendo valere disturbi depressivi (doc. AI _). 1.2. Dopo aver esperito degli accertamenti medici ed economici, tra cui una perizia psichiatrica a cura del dr. _____, con progetto di decisione 27 novembre 2002 l'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) ha respinto la domanda dell'assicurato, rilevando: " (...) In considerazione dell'esauriente documentazione medica specialistica acquisita agli atti ed in particolare della perizia del Dr. _____, risulta che non ci sono menomazioni qualitative e quantitative di rilevanza clinica o tali da compromettere la capacità di lavoro. Lei risulta di conseguenza completamente abile nell'attività precedentemente svolta quale gerente (...)." (AI _) Non avendo ricevuto alcuna comunicazione in merito da parte dell'assicurato, con decisione formale 17 dicembre 2002 l'amministrazione ha confermato il diniego di prestazioni assicurative. 1.3. Contro la succitata decisione amministrativa _____ è tempestivamente insorto al TCA, postulando il riconoscimento di un anno di riquifica professionale per concludere la formazione di fotografo. A sostegno di quanto richiesto egli ha in particolare evidenziato come per motivi psicologici non possa continuare la sua attività di esercente. 1.4. Con risposta di causa 26 febbraio 2003 l'UAI ha chiesto la reiezione del ricorso, osservando in particolare che: " (...) Nel caso in esame la perizia ha chiarito che il cambiamento di professione del signor _____ rappresenta in sostanza una scelta dell'assicurato e non è imposta da motivi di salute, segnatamente di carattere psichico. In altre parole l'assicurato non presenta alcun impedimento per motivi di salute e quindi nessuna invalidità, non essendo dunque presenti i presupposti di legge per il diritto di avviamento ad una formazione, in caso quella di fotografo (...)." (Doc. _) 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 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; 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'assicurato ha diritto ad una riforma professionale.

2.3. 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 17 dicembre 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. 17 LAI prevede in particolare che: " L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale." Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 111 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b; SVR 1998 IV Nr. 24). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI " per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità." Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (DTF 124 V 110 consid. 2a; SVR 1996 IV pag. 230 consid. 1 b.; STFA non pubbl. del 12 aprile 1994 in re S.; Valterio, op. cit., pag. 136; DTF 99 V 34; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 127/128). Di regola è dato il diritto ad un provvedimento adeguato e necessario allo scopo integrativo, se esso corrisponde alle capacità dell'assicurato, non tuttavia ad una formazione professionale nettamente superiore o che supera le esigenze medie (per esempio da muratore a pilota, DTF 122 V 79 consid. 3b.bb; Meyer-Blaser, op. cit. pag. 128; DTF 99 V 35). La legge intende infatti assicurare una riforma necessaria e sufficiente (DTF 124 V 110 consid. 2a). La misura dev'essere quindi adeguata e deve esistere una proporzione ragionevole tra i costi che provoca e il risultato che ci si può attendere (Meyer-Blaser, op. cit., pag. 130/131).

2.5. 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 %.

2.6. Va altresì rilevato che, 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*, Lausanne 1985, 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: metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid.1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non si 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, op. cit, 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).

2.7. Nel caso in esame, l'amministrazione ha ordinato una perizia psichiatrica, affidata al dr. _____, dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale di _____, al fine di accertare l'effettivo stato di salute dell'assicurato e le eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa. Nel rapporto 11 novembre 2001 il succitato medico, dopo aver avuto due colloqui con l'assicurato, ha compiutamente stilato una dettagliata anamnesi ed una valutazione oggettiva completa, ponendo quale diagnosi una sindrome ansioso-depressiva di media entità (F 41.2), specificando comunque che tale affezione non ha delle ripercussioni sulla capacità di lavoro (doc. AI _ pag. 5). In particolare il dr. _____ ha evidenziato quanto segue (sottolineatura del redattore): " (...) All'esame clinico non abbiamo rilevato dei segni psico-patologici indicanti un processo ansioso-depressivo né altri tratti di personalità che in qualche modo possano compromettere l'esercizio di una qualsiasi attività lucrativa. Questa situazione appare stabile dall'estate del 2001 e da allora non sono più subentrati dei cambiamenti in senso negativo, né altri interventi da parte di specialisti. In considerazione dello stato di salute attuale del paziente, come evidenziato dal

nostro esame clinico approfondito, della valutazione del decorso, visto anche le sue indubbie risorse personali, riteniamo che non ci sia un'incapacità lavorativa da un punto di vista psichiatrico. Riteniamo che questa condizione esista almeno a partire dall'estate 2001. Il paziente sarebbe pertanto in grado di riprendere, teoricamente, la sua attività originaria come gerente di un ristorante. Per sua scelta personale non vuole tuttavia ritornare a questa professione, ma intende proseguire sulla nuova strada, ossia quella di fotografo (...)." (Doc. AI _, pag. 6) 2.8. Va ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b/cc), cfr. U. Meyer■Blaser, op. cit., pag. 111). 2.9. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia. Infatti, egli ha compiutamente valutato come il danno alla salute lamentato dall'assicurato non provochi alcuna incapacità lavorativa. Vero che, come si legge nel rapporto 11 novembre 2002, a seguito della morte del padre, avvenuta nel mese di aprile 2000, l'assicurato ha sviluppato una sindrome ansiosa-depressiva di stampo reattivo che è stata medicalmente trattata (doc. AI _ pag. 5). Ma è altrettanto vero che il ricorrente, cessata la sua attività di gerente per iniziare quella di fotografo, "durante tutta la sua permanenza in _____, ossia dalla primavera 2001, non ha più accusato una sintomatologia clinica di tipo ansioso-depressiva clinicamente rilevante o comunque tale da impedirgli lo svolgimento regolare della formazione professionale. Non sono note assenze e neppure dei consulti specialistici o l'assunzione di medicinali. Questa

nuova scelta di vita e professione lo soddisfa pienamente ed egli intende in seguito, non appena terminato il master, lavorare a tempo pieno come fotografo nella Svizzera Interna”(cfr. rapporto pag. 6, doc. AI _). Il perito non ha pertanto individuato alcuna incapacità lavorativa, riscontrando infatti nell’assicurato “ indubbe risorse personali” , che gli permettono “ di riprendere, teoricamente, la sua attività originaria come gerente di un ristorante” (cfr. rapporto pag. 6, doc. AI _). Ora, il rapporto 16 luglio 2001 dello psichiatra curante non permette di giungere ad un diverso risultato. Il dr. _____, diagnosticando uno stato depressivo di media gravità, ha attestato una piena incapacità lavorativa quale gerente dal 25 agosto 2000, sostenendo, a titolo di attività adeguata, quella di fotografo senza tuttavia addurre una qualsiasi motivazione in merito. Il medico curante ha del resto indicato che “ la farmacoterapia e la psicoterapia settimanale stanno sostenendo il processo di lutto enucleando risorse positive nei diversi ambiti”, motivo per cui “la prognosi è positiva” (sottolineatura del redattore, cfr. doc. AI _). In tal senso va rilevato come il periodo in Spagna abbia giovato alla psiche dell’assicurato, motivo per cui “il paziente non assume alcun medicamento da molti mesi e si reca, quando torna in Ticino, sporadicamente dal dr. _____ ” (cfr. rapporto pag. 3, doc. AI _). In conclusione, ritenendo la perizia psichiatrica completa, dettagliata ed approfondita, secondo questa Corte alla stessa deve essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.8). Pertanto, 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 l’assicurato presenta una piena capacità lavorativa nell’attività di gerente e quindi non necessita di alcuna riforma professionale. 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 II
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti