

TI_GERICHTE 32.2003.6 vom 25. November 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-11-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.6

FR: TI_GERICHTE 32.2003.6 du 25 novembre 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2003.6 del 25 novembre 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.10.2003 32.2003.6 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.10.2003 32.2003.6 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.10.2003 32.2003.6

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 32.2003.6 BS /tf Lugano 3 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 24 dicembre 2002 di _____ contro la decisione del 25 novembre 2002 emanata da Ufficio assicurazione invalidità , 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, classe 1944, funzionario di dogana, il 31 agosto/4 settembre 2000 ha presentato una domanda di prestazioni AI per adulti volta in particolare all'ottenimento di una rendita d'invalidità, facendo valere disturbi nervosi e malessere fisico permanente dal 1996 (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 4 settembre 2002 l'Ufficio assicurazione invalidità (UAI), avendo appurato un'incapacità lavorativa e di guadagno del 50% dal gennaio 2001, ha riconosciuto all'assicurato, alla scadenza dell'anno di attesa, una mezza rendita dal 1° gennaio 2002 (doc. AI _). In assenza di alcuna osservazione in merito da parte dell'interessato, con decisione formale del 25 novembre 2002 l'amministrazione ha confermato la mezza rendita a partire dal 1° gennaio 2002, erogando contestualmente una rendita completiva per figlio (doc. AI _). 1.3. Contro la succitata decisione amministrativa _____ è tempestivamente insorto al TCA, postulando che la rendita venga versata antecedentemente al 1° gennaio 2002, facendo rilevare quanto segue: " Vi comunico che sono ammalato e inabile al lavoro a partire dal 1997 (vedi cert. del mio dottore a _____) dove risiedevo con la mia famiglia. Sono rientrato con la mia famiglia in Svizzera nel luglio 2000 e ho preso contatto con il Dr. _____ (vedi certificato). In seguito sono purtroppo arrivati anche problemi cardiopatici; sono in cura dal Dr. _____. La domanda AI è stata inoltrata dal Dr. _____ credo in settembre 2000. Vi domando pertanto perché mi viene versata la rendita retroattiva solo a partire dal 1° gennaio 2002." (doc. _) 1.4. Con risposta di causa 20 gennaio 2003 l'UAI ha chiesto la reiezione del ricorso, osservando in particolare quanto segue: " Nel caso dell'assicurato non si è configurato un danno alla salute ampiamente stabilizzato nel senso richiesto dalla giurisprudenza e non era quindi dato il caso eccezionale dell'incapacità di guadagno permanente ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 lett. a LAI. Il diritto alla rendita è così sorto a norma

dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI al più presto nel momento in cui l'assicurato è stato per un anno e senza notevoli interruzioni incapace al lavoro per almeno il 40% in media. In concreto la perizia medica 19 luglio 2001 del Dr. _____ ha accertato un'incapacità lavorativa dal profilo psichiatrico del 50% a partire da gennaio 2001 (doc. _ inc. AI, p. 6 p.to b). Il diritto alla rendita è quindi sorto un anno dopo, vale a dire all'inizio di gennaio del 2002, come riconosciuto con la decisione 25 novembre 2002 dell'Ufficio cantonale dell'Assicurazione Invalidità, della quale è chiesta la conferma. Nulla muta alla luce del certificato medico 2.8.2000 del dr. _____, attestante un'inabilità lavorativa a far tempo dal 28.7.2000 (doc. _) e del certificato medico 28 novembre 2000 del Dr. _____ di incapacità lavorativa dal 1997 (doc. _), prodotto unitamente al ricorso. A fronte del certificato medico 2.8.2000 del dr. _____ e del certificato medico 28 novembre 2000 del Dr. _____, generici e non sorretti da una motivazione della valutazione, la perizia medica 19 luglio 2001 del Dr. _____, completa e motivata, ossequia i parametri sviluppati dalla giurisprudenza ed ha quindi piena forza probatoria. È quindi corretta la decisione del 25 novembre 2002 che ha ritenuto l'incapacità lavorativa del 50% a partire da gennaio 2001 attestata dalla perizia." (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 alla mezza rendita prima del 1° gennaio 2002. 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 25 novembre 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. 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).

2.6. 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, 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 19 luglio 2001 il succitato medico, dopo aver visto tre volte l'assicurato, proceduto ad un colloquio con lo psichiatra curante dr. _____ e consultato l'incarto, ha compiutamente stilato una dettagliata anamnesi ed una valutazione oggettiva completa, ponendo quale diagnosi una sindrome ansioso-depressiva di media entità (F 41.2) ed una sindrome da disadattamento (F.43.2). In merito alla capacità lavorativa il dr. _____ ha evidenziato quanto segue: " Le menomazioni qualitative e quantitative legate alla sindrome di disadattamento e a quella ansiosa-depressiva, portano ad una compromissione dell'attività abituale nella misura del 50% e questo a partire da gennaio 2001. È possibile un'attività simile a quella precedentemente svolta, ma senza l'utilizzazione di computers, nella misura di quattro fino a cinque ore al giorno. La limitazione della capacità lavorativa non ha evidenziato dei miglioramenti dal gennaio 2001. Se si riuscisse tuttavia a trovare, entro tre-sei mesi, un'attività adeguata alle sue qualifiche (come ad es. quella di sorvegliante, o di uomo-tuttofare, fattorino, ecc.) e compatibile con la cardiopatia ischemica, sarebbe probabilmente possibile ristabilire la completa capacità lavorativa. La volontà e la motivazione non gli mancano certamente, come lo comprova la sua ultratrentennale carriera professionale." (doc. AI _) Egli ha escluso un'integrazione professionale. Avendo il ricorrente sviluppato anche un'affezione cardiaca, con conseguente ricovero alla Clinica _____ avvenuto il 17 settembre 2001, l'amministrazione ha consultato il cardiologo curante, dr. _____. Con rapporto 28 settembre 2001 lo specialista ha proposto un'inabilità lavorativa del 50% per via di una coronaropatia accertata il 29 settembre 2001 (doc. AI _). Ritenuto come il Servizio di accertamento medico dell'AI (SAM) abbia considerato le due patologie (psichiatrica e cardiologica) conglobate, l'amministrazione ha quindi riconosciuto all'assicurato un'inabilità lavorativa del 50% nella sua precedente professione dal 1° gennaio 2001 con conseguente diritto alla mezza rendita, dopo l'anno di carenza, dal 1° gennaio 2002. Il ricorrente contesta la decorrenza della rendita, sostenendo di essere malato ed inabile già dal 1997 allorché risiedeva nella Repubblica _____. A tal riguardo egli ha prodotto due certificati medici: il primo del suo psichiatra curante, il secondo del medico fiscale della Segreteria di Stato delle Finanze del citato paese centroamericano (doc. _).

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 p. 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 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 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, p. 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, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, 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 delle affezioni psichiatriche di cui il ricorrente è portatore. Infatti, egli ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla ridotta (50%) capacità di lavoro nella precedente professione, a decorrere dal 1° gennaio 2001. Lo scarno certificato 2 agosto 2002 dello psichiatra curante prodotto dal ricorrente pendente causa non permette di giungere ad un diverso risultato. Infatti il dr. _____ si limita a ribadire che il paziente è inabile al lavoro nella misura del 100% dal 28.07.2000 per cause mediche (doc. _), mentre nel rapporto 24 novembre 2000 all'UAI egli aveva attestato un'inabilità del 50%, senza indicare la decorrenza, precisando tuttavia come sia difficile determinare da quando esiste il danno alla salute (doc. AI _). Invece, nella perizia il dr. _____, dopo aver accertato come l'assicurato dopo il suo rientro in Svizzera nel giugno 2000 si sia trovato in una situazione finanziaria precaria, non avendo infatti trovato un posto di lavoro per via della sua età relativamente avanzata, ha sostenuto che: " In questo contesto ha sviluppato una sindrome ansiosa-depressiva che si è andata aggravando, e che ha necessitato l'intervento di un medico specialista che ha tentato una cura con antidepressivi e tranquillanti. Gli sforzi terapeutici effettuati non hanno tuttavia permesso di ristabilire le condizioni di salute che conseguentemente hanno portato ad una compromissione dell'attività sociale e lavorativa. Il paziente presenta all'esame clinico dei deficit cognitivi (disturbo dell'attenzione e della concentrazione) di media entità che tuttavia, insieme alla sindrome affettiva (ansioso-depressiva) portano ad una compromissione significativa a

livello lavorativo. A livello sociale si è notato un progressivo ritiro." (doc. AI _ pag. 5) Per questo motivo il perito ha fatto risalire l'inizio dell'incapacità lavorativa nel gennaio 2001, quindi dopo la stabilizzazione della patologia psichiatrica. Altrettanto ininfluyente ai fini del giudizio è la certificazione 28 novembre 2000 del medico _____, in cui viene attestata una nevrosi e depressione reattiva con somatizzazione dal 1997 ed un'incapacità lavorativa (doc. _). Oltre ad essere generica, la stessa non permette di concludere per un'affezione psichiatrica invalidante già dal 1997 visto che, come risulta dal rapporto del dr. _____, prima del rientro in Svizzera (giugno 2000) il ricorrente non aveva problemi di natura psichica. 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, visto inoltre gli altri atti medici contenuti nell'incarto, 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° gennaio 2001 che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa rilevante ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trascorso l'anno di attesa durante il quale il ricorrente ha presentato un'inabilità lavorativa del 50% (cfr. consid. 2.6.), rettamente l'UAI gli ha riconosciuto una mezza rendita d'invalidità con decorrenza dal 1° gennaio 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 II
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti