

TI_GERICHTE 32.2010.74 vom 15. Februar 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-02-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.74

FR: TI_GERICHTE 32.2010.74 du 15 février 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.74 del 15 febbraio 2010

Regeste

Retrocessione degli atti all'Ufficio AI affinché, aggiornata la valutazione medica, appurata la sfruttabilità sul mercato del lavoro della capacità lavorativa residua e, se del caso, l'applicabilità del confronto percentuale dei redditi, emetta un nuovo provvedimento

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 27.07.2010 32.2010.74 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 27.07.2010 32.2010.74

Retrocessione degli atti all'Ufficio AI affinché, aggiornata la valutazione medica, appurata la sfruttabilità sul mercato del lavoro della capacità lavorativa residua e, se del caso, l'applicabilità del confronto percentuale dei redditi, emetta un nuovo provvedimento

Raccomandata Incarto n. 32.2010.74 FS Lugano 27 luglio 2010 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni, vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 18 marzo 2010 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 15 febbraio 2010 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto 1. Con decisione 15 febbraio 2010 (doc. AI 180/1-3), preavvisata con progetto 11 dicembre 2009 (doc. AI 173/1-2) – dopo che con sentenza 27 agosto 2007 (doc. AI 144/1-20), cresciuta incontestata in giudicato, il TCA (rilevata la necessità di un accertamento medico pluridisciplinare per stabilire la capacità lavorativa globale) aveva annullato la decisione su opposizione 25 aprile 2007 (doc. AI 133/12-18) con la quale l'amministrazione aveva respinto la nuova domanda di prestazioni 10/17 novembre 2004 (doc. AI 95/1-7) – l'Ufficio AI, sulla base della perizia pluridisciplinare del Servizio Accertamento Medico (SAM) 14 maggio 2008 (doc. AI 153/1-66) e delle annotazioni 14 maggio 2009 del dr. _____ (doc. AI 166/1) e 9 febbraio 2010 del dr. _____ (doc. AI 179/1-2), ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni essendo il grado d'invalidità non pensionabile. 2. Con il presente tempestivo ricorso, l'assicurata, per il tramite dell'avv. RA 1, ha contestato la valutazione medica e postulato l'annullamento della decisione con conseguente riconoscimento del diritto ad una rendita. Contestualmente l'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 3. Con la risposta di causa – sulla base delle annotazioni 27 maggio 2010 nelle quali il dr. _____, medico SMR, ha concluso che "(...) in considerazione delle incertezze concernenti la perizia SAM (cumulabilità o meno e in quale misura della problematica emicranica) e della incerta evoluzione della problematica emicranica (nel 2008 era descritto una caratteristica evolutiva con allora peggioramento) ritengo giudizioso richiedere una rivalutazione (ormai a distanza di 2 anni) neurologica e psichiatrica del caso per meglio chiarire l'effettiva CL sfruttabile (ricorrendo

ev. anche ad una prova di lavoro pratica). (...)” (VII/Bis) – l’Ufficio AI ha proposto al TCA, in via principale, “(...) di voler retrocedere gli atti [...] al fine di procedere come indicato. L’erezione di una “perizia medica” è peraltro richiesta dalla ricorrente medesima (cfr. pag. 14 gravame). (...)” e precisato che “(...) per quanto concerne la domanda di assistenza giudiziaria relativamente alla procedura d’audizione a seguito del progetto di decisione dell’11 dicembre 2009 (cfr. p.to 8 gravame e 2 petitum) si sottolinea che la stessa non è mai stata formulata (vedi in particolare scritto di osservazioni del 14 gennaio 2010 – doc. 176 incarto AI) e va pertanto senz’altro respinta. In merito alla determinazione dell’importo spettante all’interessata a dipendenza della precedente procedura amministrativa che è sfociata nella decisione su opposizione del 25 aprile 2007 (consid. 2.9.2 sentenza TCA del 27 agosto 2007) si precisa che lo scrivente Ufficio si pronuncerà regolarmente con decisione separata. (...)” (VII). 4. Interpellato dal TCA, con scritto 10 giugno 2010, l’avv. RA 1 ha comunicato che “(...) nulla osta alla retrocessione dell’incarto all’Ufficio AI affinché proceda ad una rivalutazione di carattere medico, e in aggiunta anche economica (quale sarebbe il reddito conseguibile in condizioni di salute assolutamente normali rispettivamente date le condizioni di salute accertate). Quanto precede vale quale implicito riconoscimento del ben fondato dell’impugnativa, per cui si protestano spese e ripetibili. Inoltre, con riferimento al punto 8 del gravame, si osserva – né potrebbe essere diversamente – che è stata postulata la concessione dell’assistenza giudiziaria nella procedura davanti a questa lodevole autorità. In aggiunta è stato lamentato che l’Ufficio AI ha omesso di determinare quanto spetta all’assicurata nella precedente procedura sfociata nella sentenza 27 agosto 2007 di codesto lodevole Tribunale (al riguardo con lettera 1. giugno us, acclusa in copia, l’Ufficio AI ha chiesto la trasmissione della relativa nota, e provvederò nei prossimi giorni). (...)”(IX). 5. 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 dell’art. 49 cpv. 2 LOG (STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003). Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 130 V 445 consid. 1 pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). Ne consegue che nel caso in esame sono applicabili le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007 per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre per il periodo dal 1° gennaio 2008 sino alla decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), trovano applicazione le nuove norme. In concreto la questione non ha comunque particolare portata pratica, poiché la 5a revisione dell’AI non ha modificato in maniera sostanziale le disposizioni legali sulla valutazione del grado d’invalidità. La giurisprudenza fondata sulle norme precedenti mantiene pertanto la sua validità (cfr. STF 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 4 con riferimento a STF 8C_76/2009 del 19 maggio 2009 consid. 2). Oggetto del contendere è sapere se la decisione 15 febbraio 2010, con la quale l’Ufficio AI ha negato all’assicurata il diritto a prestazioni, è conforme o meno alla legislazione federale. L’assicurata postula il diritto ad una rendita. 6. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica,

conseguente ad 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI (cpv. 1 fino al 31 dicembre 2007) gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, 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 che 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). 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 Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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 (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1; STFA I 761/01 del 18 ottobre 2002, consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA I 26/02 del 9 agosto 2002, consid. 3.1). 7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità

cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) " (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) " (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli

ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'in-successo e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA I 702/03 del 28 maggio 2004, consid. 5 e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditäts-bemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si è confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del 19 maggio 2006). 8. Nella fattispecie – ritenuto il tempo trascorso dalla perizia pluridisciplinare 14 maggio 2008 del SAM e considerate le domande ancora aperte in merito alla cumulabilità o meno delle diverse patologie – questo Tribunale concorda con l'Ufficio AI nel ritenere che – viste le annotazioni 27 maggio 2010 del dr. _____ (“(…) in considerazione delle incertezze concernenti la perizia SAM (cumulabilità o meno e in quale misura della problematica emicranica) e della incerta evoluzione della problematica emicranica (nel 2008 era descritta una caratteristica evolutiva con allora peggioramento) ritengo giudizioso richiedere una rivalutazione (ormai a distanza di 2 anni) neurologica e psichiatrica del caso per meglio chiarire l'effettiva CL sfruttabile (ricorrendo ev. anche ad una prova di lavoro pratica). (…)” (VII/Bis)) – è necessario svolgere ulteriori accertamenti per potersi pronunciare circa il diritto a prestazioni. In particolare, alla luce delle risultanze degli ulteriori accertamenti medici, l'Ufficio AI dovrà stabilire se per il calcolo del grado d'invalidità è indicato un raffronto percentuale dei redditi. Infatti, per la giurisprudenza, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., del 31 maggio 1995 nella causa E. D., del 7 giugno 1995 nella causa M. Z. e del 26 febbraio 1996 nella causa G; per dei casi in cui è stato applicato il raffronto percentuale dei redditi vedi inoltre STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008, 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 e 9C_294/2008 del 19 marzo 2009). In ogni caso – soprattutto avuto riguardo al rapporto finale 12 giugno 2009 nel quale il consulente in integrazione professionale aveva già concluso che “(…) queste condizioni rendono impossibile il reinserimento professionale dell'assicurata. Nel mercato libero del lavoro sarebbe impossibile reperire un datore di lavoro disponibile ad assumere l'assicurata in queste condizioni. Non potrebbe fornire nessun tipo di garanzia di prestazioni lavorative e nemmeno di presenza in determinati giorni. (…)” (doc. AI 167/1) – l'Ufficio AI dovrà appurare se la residua capacità lavorativa è effettivamente sfruttabile sul mercato del lavoro supposto in equilibrio. Di conseguenza il ricorso va accolto e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati gli accertamenti sopra enunciati, si pronunci nuovamente sul diritto a prestazioni. 9. Quanto alla domanda di gratuito patrocinio per la procedura amministrativa va qui rilevato che dagli atti risulta che la stessa si riferiva alla precedente procedura sfociata nella decisione su opposizione 25 aprile 2007 che è stata

annullata dalla STCA del 27 agosto 2007 con la quale questo Tribunale aveva anche stabilito che “(...) gli atti vanno quindi rinviati all’Ufficio AI affinché si pronunci sull’importo spettante all’assicurata (cfr. DTF 131 V 153). (...)” (doc. AI 144/18). Dagli atti risulta inoltre che “(...) in merito alla determinazione dell’importo spettante all’interessata a dipendenza della precedente procedura amministrativa che è sfociata nella decisione su opposizione del 25 aprile 2007 (consid. 2.9.2 sentenza TCA del 27 agosto 2007) si precisa che lo scrivente Ufficio si pronuncerà regolarmente con decisione separata. (...)” (VII) e che l’avv. RA 1 provvederà a trasmettere all’amministrazione la chiesta nota d’onorario (IX e IX/1). 10. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata da un legale, ha diritto ad un’indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). La sua domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6; STF 9C_313/2008 del 6 marzo 2009 e STF I 911/06 del 2 febbraio 2007). Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all’assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni 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. Visto l’esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § Gli atti vengono rinviati all’amministrazione affinché, effettuati gli accertamenti di cui ai considerandi, si pronunci nuovamente sul diritto a prestazioni. 2. Le spese, per fr. 200.--, sono poste a carico dell’Ufficio AI, il quale verserà all’assicurata fr. 1’500.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa), ciò che rende priva d’oggetto l’istanza di assistenza giudiziaria. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, 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 Il segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti

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