

TI_GERICHTE 32.2011.179 vom 16. Mai 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-05-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.179

FR: TI_GERICHTE 32.2011.179 du 16 mai 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.179 del 16 maggio 2011

Regeste

Rinvio degli atti all'Ufficio AI per l'espletamento di una perizia multidisciplinare

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 23.12.2011 32.2011.179 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 23.12.2011 32.2011.179 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 23.12.2011 32.2011.179

Rinvio degli atti all'Ufficio AI per l'espletamento di una perizia multidisciplinare

Raccomandata Incarto n. 32.2011.179 BS Lugano 23 dicembre 2011 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 16 giugno 2011 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 16 maggio 2011 emanata da CO 1 in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto che - RI 1, classe 1956, casalinga, nel novembre 2004 ha inoltrato una domanda di prestazioni AI che è stata respinta dall'Ufficio AI con decisione 6 marzo 2006 (doc. AI 20), rispettivamente con decisione su opposizione 6 dicembre 2007 (doc. AI 28), cresciuta in giudicato; - con decisione 16 novembre 2009 (preavvisata il 2 ottobre 2009) l'Ufficio AI ha respinto la nuova domanda di prestazioni dell'assicurata (doc. AI 58); - con sentenza 15 marzo 2010 il TCA, confermata la valutazione medico-teorica operata dal SMR, ha parzialmente accolto il ricorso contro la succitata decisione, rinviando tuttavia gli atti all'amministrazione per la determinazione del grado d'invalidità secondo il metodo specifico previsto per le persone senza attività lucrativa (inc. 32.2009.228; doc. AI 67); - dopo aver esperito un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, concludente per un grado d'invalidità del 25%, con decisione 16 maggio 2011 (preavvisata il 24 marzo 2011) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni (doc. AI 85); - con il presente ricorso l'assicurata, per il tramite dell'avv. RA 1 ha chiesto l'annullamento della decisione 16 maggio 2011 ed il rinvio degli atti all'Ufficio AI per l'esecuzione di accertamenti medici relativi alle affezioni di natura oftalmologica (episclerite) e reumatologica (dolori poliarticolari). In via subordinata ha chiesto la revisione della STCA 15 marzo 2011 nel caso in cui questa Corte dovesse ritenere che le due menzionate affezioni fossero già presenti al momento della decisione amministrativa del 16 novembre 2009, ma riscontrate successivamente alla citata sentenza. Contestualmente ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio; - con la risposta di causa, l'Ufficio AI, presa conoscenza della documentazione medica prodotta dalla ricorrente (che è stata sottoposta all'esame del SMR), ha proposto il rinvio degli atti per l'espletamento di accertamenti medici e l'aggiornamento dell'inchiesta per casalinghe; - con scritto 3 agosto 2011 il legale dell'insorgente, protestando ripetibili, ha comunicato di concordare con

quanto proposto dall'Ufficio AI, chiedendo tuttavia a quest'ultimo di documentare la risoluzione del problema oftalmologico (X); - con osservazioni 12 agosto 2011 l'amministrazione ha trasmesso la presa di posizione del SMR riguardante l'affezione agli occhi (XII); - nonostante la fissazione da parte del TCA di un termine per l'inoltro di osservazioni alla succitata presa di posizione 12 agosto 2011 (XIII), l'insorgente è rimasta silente; - 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'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008); - 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 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI 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., p. 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) ; - nella fattispecie concreta, nelle annotazioni 13 luglio 2011 il SMR (VIIIbis), esaminato il rapporto 14 giugno 2011 del dr. _____ (sub doc. IV/1), ha rilevato un possibile peggioramento della situazione somatica, in particolare a livello delle ginocchia, proponendo di chiedere al citato reumatologo quali siano i limiti funzionali quale casalinga; . - il SMR – sulla scorta del rapporto 16 giugno 2011 del dr. _____ in cui è stata attestata una sindrome depressiva di media gravità (doc. D) – ha parimenti ritenuto necessaria una rivalutazione psichiatrica, con l'ausilio di un interprete, da parte del Centro peritale delle assicurazioni sociali; - la problematica oftalmologica è stata invece ritenuta risolta e non più limitante la residua capacità lavorativa. Al riguardo, nelle annotazioni 10 agosto 2011 il dr. _____ del SMR, facendo riferimento al rapporto 10 febbraio 2011 della dr.ssa _____, in cui è stata diagnosticata una ipermetropia, astigmatismo misto e presbiopia (sub doc. IV/1), ha

concluso per “uno stato oculare nella norma. Unicamente presenza di una incipiente cataratta, problematica attualmente senza influo sulla CL in presenza di una acuità visiva di 0,7 bilaterale “ (doc. XIIbis). Certo che al mese di febbraio 2011 non è stata riscontrata alcuna affezione invalidante agli occhi. Dato che la succitata specialista ha consigliato un controllo entro la fine dell’anno, questa Corte ritiene tuttavia indicata una visita ed una valutazione oftalmologica; - visto quanto sopra, previo annullamento della decisione contestata, s’impone una retrocessione degli atti all’Ufficio AI affinché esperisca i succitati accertamenti di natura reumatologica, psichiatria e oftalmologica; in seguito procederà ad una nuova inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica; - in esito alle nuove risultanze mediche ed economiche, l’Ufficio AI si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell’assicurata, ritenuto che all’interessata, prima della resa di tale decisione, dovrà ex lege (art. 57a cpv. 1 LAI) essere data la facoltà di prendere posizione ed in seguito d’impugnare il nuovo provvedimento ex art. 69 cpv. 1 LAI; - ne consegue l’accoglimento del ricorso; - all’assicurata vincente, patrocinata da un legale, sono assegnate delle ripetibili. La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3); - 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. 500.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso è accolto. § La decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all’Ufficio AI affinché proceda agli accertamenti medici conformemente ai considerandi. 2.- Le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI che verserà alla ricorrente fr. 1’000.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa), ciò che rende priva di oggetto la domanda 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