

TI_GERICHTE 32.2011.270 vom 29. September 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-09-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.270

FR: TI_GERICHTE 32.2011.270 du 29 septembre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.270 del 29 settembre 2011

Regeste

Riduzione della rendita in via di revisione. Conferma di un miglioramento della situazione valetudinaria e riduzione della rendita non nella misura stabilita dall'Ufficio AI

Erwägungen

E. 21

luglio 2011 dello psicologo curante dott. _____ e dello psichiatra curante, dr. _____ (doc. AI 104/19). Dopo aver proceduto all'esame della paziente, nonché a diversi test psicodiagnostici, i curanti hanno diagnosticato (secondo il metodo DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, IV Text Revision) un disturbo depressivo maggiore ricorrente, episodio grave senza manifestazioni psicotiche, in comorbidità con una disturbo d'ansia generalizzata. Essi hanno concluso: " (...) 4.5. Conclusione · L'invalidante psicopatologia nevrotica, attualmente presente, causa una notevole limitazione dell'autonomia personale della perizianda e rende necessario un intervento bio-psico-sociale individuale e di gruppo, con regolari visite psichiatriche, trattamento farmacologico, colloqui psicologici di sostegno e nursing infermieristico. · L'attuale intervento assistenziale deve essere necessariamente mantenuto – se non addirittura implementato – al fine di mantenere le attuali condizioni psico-fisiche della perizianda ed evitarne un franco scompenso sul versante psicotico. · La perizianda presenta un'incapacità lavorativa stabile e permanente del 100%. · In conclusione della presente perizia, si ritiene quindi auspicabile una revisione della valutazione dell'incapacità lavorativa della perizianda da parte dell'Ufficio Assicurazione Invalidità." (doc. AI 104/31-32) La succitata valutazione è stata vagliata dal SMR, in particolare dalla dr.ssa _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, che ha evidenziato: " (...) I curanti pongono la diagnosi di Disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale grave senza sintomi psicotici, avvalendosi di una serie di test per lo più autosomministrati. È da rilevare la netta discrepanza tra la soggettività dei disturbi lamentati gli esiti del test, che come già detto sono per lo più basati sulla auto somministrazione e quindi sulla soggettività dell'esaminato, e l'obiettività clinica descritta dai curanti nella quale troviamo un esame psicopatologico che non rispecchia la diagnosi di episodio depressivo grave secondo le caratteristiche del DSM IV TR ad es non sono infatti rilevati disturbi cognitivi, l'A. appare ordinata, quindi vi è una cura di sé, è segnalata un'ansia che seppure definita forte non impedisce di mantenere un rapporto interpersonale adeguato e non influisce sulla sfera cognitiva. Il tono dell'umore non viene sondato. Le lamentele soggettive riportate nella presente documentazione sono le stesse già descritte nella perizia del Dr. _____ del 09.09.2010 e così non vi sono discrepanze oggettive rispetto allo status riscontrato dal perito." (doc. AI 107/1) Vista la circostanziata succitata presa di posizione, questo TCA non può che ribadire le incongruenze rimarcate dalla dr.ssa _____, in particolare riguardo alle discrepanze tra

la soggettività dei disturbi lamentati e i risultati dei test, quest'ultimi per lo più basati su questionari di autovalutazione. Inoltre, la citata psichiatra ha pertinentemente evidenziato come l'esame psicopatologico non rispecchia la diagnosi di episodio depressivo grave secondo le caratteristiche del DSM IV TR. All'esposizione del SMR può essere fatto riferimento e prestata adesione, non senza tuttavia evidenziare che secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2 con riferimento a STF 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174). Del resto, i successivi scritti dello psichiatra curante non permettono di apportare elementi di giudizio che non fossero già presenti prima dell'emissione della decisione contestata, che delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti). Infatti, con scritto 21 ottobre 2011 la dr.ssa _____, controfirmato dal dr. _____, ha in particolare sostenuto che: " (...) La decisione relativa alla rendita ha innescato nella paziente una condizione stressante e ulteriore aumento dell'angoscia psichica, in considerazione delle scarse risorse di mentalizzazione: infatti, come già indicato nei rapporti psicologici precedenti, la paziente esperisce momentanei e transitori scompensi psicotici con dispercezioni, allucinazioni e vissuti persecutori. Le condizioni psicopatologiche sono caratterizzate da una condizione depressiva e ansiosa di grado medio-grave, in una struttura di personalità di tipo psicotico (si prega di fare riferimento alla perizia del dottor _____, datata 22/7/2011 [recte: 21 luglio 2011; n.d.r.]). La condizione psicopatologica ha purtroppo un carattere di stabilità e nel corso della nostra osservazione abbiamo assistito ad un peggioramento dello status clinico." (Sottolineatura del redattore; doc. AI 115/1) Quindi, se successivamente alla decisione contestata vi è stato un rilevante peggioramento delle condizioni dello stato di salute extra somatico della ricorrente, questo sarà oggetto di una revisione della rendita ex art. 17 LPGGA. In questo senso va anche letto il ricovero dell'assicurata presso la Clinica (psichiatrica) _____ avvenuto il 21 febbraio 2012, ricovero documentato dai rapporti medici prodotti dall'insorgente il 23 febbraio 2012 ed il 12 marzo 2012 (cfr. consid. 1.8). Infine, per quanto riguarda il rapporto 2 dicembre 2011 dello psichiatra curante, vagliato dal SMR, va detto che esso non è suscettibile di modificare l'esito della vertenza. In quel documento è confermata la perizia privata 21 luglio 2011 e sono indicate le patologie psichiatriche secondo i criteri ICD-10 (sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio grave [F33.2] e sindrome depressiva generalizzata [F41.1]). In tale scritto non risultano nuovi elementi rilevanti che non sono stati esaminati dal SMR e che invalidano le valutazioni peritali del CPAS. In conclusione, rispecchiando le perizie del CPAS tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7),

richiamato l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che l'insorgente presenta, almeno dalla prima valutazione peritale (aprile 2009) un'inabilità lavorativa del 50% nella sua originaria professione ed in altre attività adeguate. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.9. Per la determinazione dell'invalidità (grado del 49%), stato 2010, con rapporto 10 giugno 2009 il consulente in integrazione professionale ha applicato il metodo ordinario (doc. AI 101), il cui calcolo è stato indicato nella decisione impugnata. 2.9.1. Quale reddito da valido il consulente, fondandosi sui dati forniti dall'ultimo datore di lavoro il 16 febbraio 2004 (doc. AI 9/1), ha considerato un importo di fr. 41'251.--, aggiornato a 2010 in fr. 44'985.--. 2.9.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, secondo costante giurisprudenza, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di

riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). S e una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Con riferimento all'attestata IL del 50% nell'abituale professione, procedendo al cosiddetto raffronto percentuale (DTF 114 V 310 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati; cfr. STF 9C_856/2010 del 27 giugno 2001 consid. 5.4 e 9C_734/2009 del 6 ottobre 2009 consid. 2.1), il reddito da invalido che essa potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua corrisponde al 50% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, ciò che giustifica il riconoscimento di una mezza rendita. Allo stesso risultato (diritto ad una mezza rendita) si giunge tuttavia anche raffrontando il reddito da valido con quello da invalido determinato dall'Ufficio AI sulla base dei dati statistici, il cui calcolo va corretto. Il consulente, conformemente alla citata giurisprudenza, ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.), quantificando un salario statistico di fr. 52'887,94. Egli ha poi tenuto conto di una residua capacità lavorativa del 50% e di riduzione del reddito per circostanze personali del 13% (per la necessità di svolgere solo attività leggere e per altri fattori), determinando in tal modo un reddito da invalido di fr. 23'006,25. Va qui rilevato il salario da valido di fr. 44'985.-- è inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore commercio al dettaglio di fr. 51'960.-- (Tabella TA1 2010, p.to 47 [sette settore commercio al dettaglio], livello di qualifica 4: fr. 4164.--; riportati su 41,6 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9/2011] = 4'330.-- moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] = fr. 51'960). Esiste pertanto una differenza salariale (cosiddetto gap salariale) del 13,50%, che non è stata considerata dal consulente. Visto che, secondo la giurisprudenza citata sopra, può esser considerata la percentuale sopra il 5%, l'ulteriore

riduzione del reddito da invalido è del 8,5% . 2.9.3. Dal raffronto tra il reddito valido di fr. 44'985.-- ed il reddito da invalido di fr. 21'050.-- (23'006,25 meno 8,5%) risulta un tasso d'invalidità del 53,2% ($44'985 - 21'050 \times 100 : 44'985$), conferente il diritto ad una mezza rendita. In conclusione, visto quanto sopra, annullata la decisione impugnata, la corrente rendita intera va ridotta a metà rendita, con effetto dal 1° novembre 2011 (ossia il primo giorno del secondo mese che segue la decisione impugnata; cfr. art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI), in luogo della riduzione ad un quarto di rendita come stabilito nel querelato provvedimento. In questo senso il ricorso è da accogliere in via parziale. Vincente in causa la ricorrente, patrocinata da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili parziali (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). 2.10. 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 delle vertenze, le spese per complessivi fr. 500.- sono poste a carico delle parti nella ragione del 50% l'una.

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