

## **TI\_GERICHTE 32.2015.5 vom 18. November 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-11-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.5)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.5 du 18 novembre 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.5 del 18 novembre 2014

### **Regeste**

Rinvio atti all'Ufficio AI affinché, previo accertamento medico pluridisciplinare e nuovo esame degli aspetti economici, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita. Spese a carico del ricorrente anche se vincente in causa perché ha causato i costi

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.02.2015 32.2015.5 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.02.2015 32.2015.5 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.02.2015 32.2015.5

Rinvio atti all'Ufficio AI affinché, previo accertamento medico pluridisciplinare e nuovo esame degli aspetti economici, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita. Spese a carico del ricorrente anche se vincente in causa perché ha causato i costi

Raccomandata Incarto n. 32.2015.5 FS Lugano 6 febbraio 2015 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 22 dicembre 2014 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 18 novembre 2014 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto che

- nel novembre 2009 RI 1 ha presentato una domanda di prestazioni AI a motivo di una rottura del sovraspinato della spalla sinistra riconducibile ad infortunio (doc. AI 1/1-9; cfr. incarto LAINF in inc. AI);
- esperiti gli accertamenti del caso – in particolare: la visita del 15 dicembre 2010 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 35/1-7) e la valutazione del consulente in integrazione dell'11 luglio 2011 (doc. AI 37/1-5) – con decisione 10 novembre 2011 (preavvisata il 19 settembre 2011 e cresciuta incontestata in giudicato; doc. AI 38/1-3) l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita, essendo il grado d'invalidità inferiore a quello pensionabile del 40%, ed a provvedimenti d'ordine professionale ritenuta l'età e l'assenza di una formazione di base (doc. AI 40/1-3);
- nel mese di gennaio 2013 (cfr. l'annuncio per il mantenimento del termine della \_\_\_\_\_ sub doc. AI 46/1-2 e la richiesta sub doc. AI 48/1-9) RI 1 ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni;
- esperiti gli accertamenti del caso – in particolare: la valutazione del consulente in integrazione del 14 luglio 2014 (doc. AI 64/1-2), il rapporto finale del 1. settembre 2014 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 68/1-5) e l'aggiornamento della documentazione della \_\_\_\_\_ dopo il trauma del 12 agosto 2012 (doc. AI 57/1, 58/1, 59/1, 60/1 e 61/1) – con decisione 18 novembre 2014 (preavvisata il 2 settembre 2014; doc. AI 69/1-5) l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. settembre al 30 novembre 2012 e ad una mezza rendita dal 1. dicembre 2012 fino al 30 aprile 2014 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI). La rendita è stata versata dal 1. luglio 2013 (6 mesi dopo l'inoltro della domanda ex

art. 29 LAI; doc. AI 82/1-8); - contro la decisione del 18 novembre 2014 insorge dinanzi al TCA l'assicurato rappresentato dalla RA 1. Postulando l'annullamento della decisione impugnata con rinvio degli atti all'Ufficio AI, egli rimprovera all'amministrazione di aver accertato in maniera errata ed incompleta (in particolare, ma non solo, per assenza di valutazione psichiatrica) il suo stato di salute, di aver valutato in maniera non corretta l'effettiva sua capacità lavorativa e di aver inoltre, dal profilo economico, applicato una inadeguata riduzione percentuale del reddito da invalido per circostanze personali e professionali; - con la risposta di causa l'Ufficio AI, con riferimento all'allegata annotazione SMR del 19 gennaio 2015 – la quale, vista la problematica somatoforme posta dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel rapporto del 16 dicembre 2014, evidenzia la necessità di una perizia pluridisciplinare “reuma, psi e neurologica” (cfr. IV/1) –, postula l'annullamento della decisione impugnata con contestuale rinvio degli atti. Eccepita la violazione dell'obbligo di collaborare da parte dell'insorgente adducendo che l'esistenza di una problematica psichiatrica è stata segnalata solo con il ricorso, che l'infortunio del 2 aprile 2014 non è stato comunicato e che nemmeno sono state formulate osservazioni al progetto di decisione, l'amministrazione (ritenuta la procedura sub iudice provocata inutilmente) chiede inoltre di non accollarle spese e ripetibili; - con scritto del 26 gennaio 2015 (documento, questo, che verrà trasmesso per conoscenza all'Ufficio AI con la presente sentenza) l'insorgente comunica di condividere la proposta di rinvio atti per l'allestimento di una perizia pluridisciplinare in quanto corrisponde esattamente alla richiesta ricorsuale. Contestata la violazione dell'obbligo di collaborare e di aver provocato inutilmente la presente procedura sostenendo che l'Ufficio AI già dal gennaio 2014 era a conoscenza di una problematica psichiatrica e che non poteva trasmettere il rapporto della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 16 dicembre 2014 in tempo utile essendo entrato in cura dopo la scadenza del termine di 30 giorni per presentare osservazioni scritte al progetto di decisione del 2 settembre 2014, egli chiede l'assegnazione di ripetibili; - 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, pag. 1411, n. 46 ). Secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita se ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (e, per la lett. c, se al termine di questo anno è invalido [art. 8 LPGA] almeno al 40%). Secondo il cpv. 2 del medesimo art. 28 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., 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 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa; - nel caso concreto questo TCA, alla luce della refertazione medica agli atti, ritiene vi sia la necessità, come da proposta dell'amministrazione condivisa dal ricorrente, di esperire ulteriori accertamenti medici (pluridisciplinari) – come indicato nella nota SMR del 19 gennaio 2015 (cfr. IV/1) – con conseguente riesame anche dell'aspetto economico e ciò al fine di giungere ad un chiaro e convincente giudizio sulla situazione invalidante di RI 1 e quindi sul suo diritto a prestazioni AI; - in STF 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr. STCA 32. 2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione (“ Eine Rück-weisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011); - nel caso concreto, come detto, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione, affinché mediante l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare proceda ad una valutazione più completa dello stato valetudinario dell'assicurato e ad un nuovo esame degli aspetti economici. In esito a tali nuove indagini l'Ufficio AI si determinerà nuovamente, mediante l'emissione di una decisione, sul diritto alla rendita e/o a provvedimenti integrativi; - secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008); - con STF 9C\_967/2009 del 2 giugno 2010, il TF ha accolto il ricorso di un Ufficio AI che si lamentava di vedersi accollate le spese, malgrado l'accoglimento del ricorso da parte dell'istanza cantonale fosse dovuto alla produzione di documenti non trasmessi in precedenza e la rendita fosse dovuta per un periodo successivo all'emissione della decisione

impugnata; - dal rapporto del 16 dicembre 2014 della dr.ssa \_\_\_\_\_ risulta che l'insorgente "(...) è stato indirizzato alla sottoscritta dal Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ed è in cura dal 18.10.2014 per una sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso depressiva ICD 10 F 43.22 e sindrome somatoforme da dolore persistente ICD 10 F 45.4. (...)" (doc. A/8). Questo Tribunale, ritenuto che il 2 settembre 2014 gli era stato preavvisato il diritto ad una rendita limitata nel tempo (cfr. doc. AI 69/1-5), ritiene che all'insorgente non poteva sfuggire l'importanza (ai fini della determinazione del diritto a prestazioni) di comunicare immediatamente all'amministrazione l'inizio della cura psichiatrica e questo anche se il termine di 30 giorni previsto per le osservazioni al progetto era già scaduto (per un caso diverso in cui il TF, ritenute le motivazioni addotte nel preavviso, non ha ravvisato una violazione dell'obbligo di collaborare, cfr. la STF 9C\_612/2014 del 5 novembre 2014). Del resto, a differenza di quanto da lui sostenuto, per il solo fatto che il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 24 gennaio 2014 ha, in particolare, concluso che "(...) per quello che riguarda il dolore l'importante è un adeguato rinforzo muscolare e penso l'introduzione anche di un antidepressivo motivo per cui mando anche copia della lettera al medico di famiglia. (...)" (doc. 120/1-2 dell'incarto LAINF), non si può ancora concludere che "(...) dell'esistenza di una problematica psichiatrica, l'Ufficio AI era già a conoscenza dal mese di gennaio 2014. (...)" (VI). In effetti, a prescindere dal fatto che non è specialista in merito, il dr.

\_\_\_\_\_ ha espresso, oltretutto in forma possibilistica, solo l'introduzione di un antidepressivo rinviando tutto al curante. Inoltre, la tendenza ad un atteggiamento lesivo dell'obbligo di collaborare da parte dell'insorgente è ravvisabile anche nel fatto che egli, per giustificare l'invalidità lavorativa dal 30 aprile 2014, si avvale di un infortunio del 2 aprile 2014, mai comunicato all'Ufficio AI, e della relativa documentazione medica, mai prodotta precedentemente all'amministrazione (cfr. doc. da A/3 a A/7); - viste le suesposte risultanze e ricordato che nella STF 9C\_670/2013 del 4 febbraio 2014 il TF ha ribadito la validità del principio giuridico generale secondo il quale i costi vanno caricati a chi li ha causati, questo Tribunale deve concludere che se l'insorgente avesse comunicato per tempo l'ulteriore infortunio del 2 aprile 2014 e, soprattutto, l'inizio della cura psichiatrica, con ogni verosimiglianza l'Ufficio AI avrebbe subito predisposto l'accertamento medico pluridisciplinare (così come proposto in sede di risposta) e non si sarebbe resa necessaria la presente procedura; - di conseguenza, ancorché vincente in causa, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente al quale non vanno riconosciute le ripetibili. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. 2. Le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico del ricorrente. Non si attribuiscono ripetibili. 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 II

vicepresidente  
Guffi

Il segretario giudice Raffaele  
Gianluca Menghetti