

TI_GERICHTE 32.2019.187 vom 26. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.187

FR: TI_GERICHTE 32.2019.187 du 26 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.187 del 26 settembre 2019

Regeste

Ergoterapista indipendente. Caduta da cavallo: paraplegia completa. Rendita limitata. Valutazione SMR non è sufficiente. Rinvio atti per ulteriori accertamenti medici (valutazione specialistica in ambito neurologico, neuro-urologico e psichiatrico). Lavoratrice a tempo pieno

Erwägungen

E. 19

giugno 2017, consid. 2.5; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.7). 2.4. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritendo, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidità in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza federale,

per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere 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") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame 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 di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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 che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique

VSI 2002 pag. 64; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.4; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.81 del 27 aprile 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.127 del 25 maggio 2020, consid. 2.4). 2.5. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65; STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.3). 2.6. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del

Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore

probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.). (cfr. STCA 32.2018.145 del

E. 21

p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. CATTANEO, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. CATTANEO, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: *Le perizie giudiziarie*, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; MOSIMANN, *Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: *SZS 1999* pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001;

STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). (cfr. STCA 32.2018.57 del 18 marzo 2019, consid. 2.5; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.4 in fine , STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.4 e STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.7). 2.8. L'Alta Corte ha già stabilito che, se ad una perizia allestita esclusivamente sulla base dell'incarto può essere riconosciuto valore probante nella misura in cui quest'ultimo contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell'assicurato (cfr. RAMI 1988 U 56, p. 370s. consid. 5b ed il riferimento; “ Aktegutachten ”), tale giurisprudenza va tuttavia relativizzata quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che una perizia in questo settore della medicina, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 s.; STCA dell'8 agosto 2002 nella causa T., 35.2000.34; STCA 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, consid. 2.9; STCA 32.2005.134 dell'8 maggio 2006; STCA 32.2013.157 del 29 settembre 2014, consid. 2.9; STCA 35.2014.111 del 13 aprile 2015, consid. 2.10; STCA 35.2018.11 del 9 maggio 2018, consid. 2.8; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.5 e STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.8). 2.9. Per quanto concerne l'aspetto medico, l'amministrazione ha indicato di essersi fondata sul rapporto finale del 14 maggio 2018 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, (pag. 582-584 incarto LAI) il quale - sulla base della documentazione medica agli atti, in particolare del rapporto medico dell'aprile 2017 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale (pag. 531-536 incarto LAI) e di svariati atti medici ad esso allegati (pag. 537-545 incarto AI, incluso il rapporto del 21 novembre 2016 della visita del medico _____ del 18 novembre 2016: pag. 538 incarto LAI) e del rapporto medico di aggiornamento dal giugno 2017 del 6 maggio 2018 del dr. med. _____ (pag. 586-591 incarto LAI) - ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Grave paresi su frattura di Th12 con dislocazione posteriore del corpo vertebrale e lussazione con/su: - decompressione Th11/Th12 (laminectomia bil., spinosectomia Th11, artrectomia mediana bilaterale Th11/Th12), discectomia e PLIF Th11/Th12, riduzione della listesi tra Th11 e Th12, posizionamento di mezzi di osteosintesi e stabilizzazione in Th10, Th11, Th12, L1, L2 (13.9.2008) - ipoestesia tattile con livello a L2/13 e con progressive riduzione della sensibilità distalmente; anestesia da S1 compreso, quindi con anestesia sellare. Assenza del tono anale e con necessità di autocateterismo vescicale." (pag. 582 incarto LAI) Il medico SMR ha posto l'ulteriore diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: “ Stato ansioso depressivo reattivo a sovraccarico fisico ” (pag. 582 incarto LAI). Il medico SMR non ha posto diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa (pag. 582 incarto LAI). Il medico SMR ha determinato le seguenti incapacità lavorative: - nell'attività abituale (riferita come attività al 100%) di docente: 50% dal 17 al 29 giugno 2016 e 100% dal 30 giugno 2016 e continua; - nell'attività abituale (riferita come attività al 100%) di fisioterapista indipendente: 50% (presenza) dal 17 giugno 2016 e continua; - in attività adeguata (riferita come attività al 100%): 50% (presenza) dal 17 giugno 2016 e continua; - in mansioni consuete (casalinga; riferita come attività al 100%): 50% (riduzione rendimento) dal 17 giugno 2016 e continua. (pag. 582 e 583 incarto AI) Il medico SMR ha precisato che per il periodo precedente (2008-2016) si “ confermano le IL come in precedenza stabilite ” (pag. 582 e 583 incarto AI). Il medico SMR ha, poi, stabilito l'esigibilità lavorativa (carico massimo: 5 kg; nessuna alternanza della postura al bisogno; nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione; necessità di pause supplementari inclusa: pag. 583 incarto AI) e sub “ Ulteriori limitazioni funzionali necessarie per

l'integrazione professionale ” ha indicato: “ Attività leggera con possibilità di pause supplementari ” (pag. 583 incarto AI). Il medico SMR sub “ Prognosi evoluzione capacità lavorativa ” ha indicato: “ Dubbia ” (pag. 583 incarto AI). Il medico SMR sub “ Osservazioni conclusive ” ha indicato: “ IL 100% nella funzione di insegnante. IL 50% nella funzione di fisioterapista indipendente, in attività adeguata e per le attività domestiche ” (pag. 584 incarto AI). Il medico SMR ha puntualizzato che non erano applicabili terapie che avrebbero migliorato o mantenuto verosimilmente la capacità lavorativa (pag. 584 incarto AI). “ L'amministrazione si è fondata pure sull'annotazione del 30 gennaio 2019 del medico SMR, dr. med. D. _____, che, dopo avere posto la diagnosi di “ paraparesi sub Th12 dal 2008; Disturbo neurogeno della vescica attualmente trattato con botulino con risultato non ottimale ”, ha indicato che “ con un intervento alla vescica o con un trattamento fisioterapico non vi sarà un aumento della capacità lavorativa, (intervento non esigibile essendo l'esito in ogni caso molto incerto) ”, concludendo quanto segue: “ L'esigibilità dal punto di vista medico è di una CL del 50% (orario e rendimento ridotto), questo sia quale salariata che quale indipendente come da certificazione dei curanti. ” (pag. 652 incarto AI) Davanti al TCA l'amministrazione ha versato agli atti l'annotazione dell'11 novembre 2019 (doc. VII-1) del medico SMR, dr. med. _____, che ha precisato quanto segue: “ Necessari ulteriori approfondimenti medici? - In considerazione di una certificazione medica attestante una CL del 50% ed in assenza di elementi in favore di una modifica dello stato di salute un'ulteriore approfondimento medico non è necessario. Rapporto 24.4.2013: non posso che confermare la mia valutazione del 2013, ossia che la maggior parte delle persone affette da paraplegia possono lavorare almeno al 50% in attività adatta. La riduzione della capacità lavorativa si giustifica dal maggior impegno dovuto per esempio all'autocateterismo, alla necessità di fare fisioterapia, alle difficoltà di spostamento, alla necessità di evitare sollecitazioni eccessive a livello della cute (prevenzione decubito). Peggioramento del 2016: rimando qui al rapporto della dr.ssa Bernasconi del servizio medico del personale dal quale risulta che il peggioramento era dovuto ad un sovraccarico (attività di docente e attività indipendente di ergoterapista): Valutazione e procedere La signora RI 1, a seguito dell'evento traumatico del settembre 2008 con conseguente paraplegia senso-motoria incompleta sub-T12, è riuscita - grazie ad un enorme sforzo di volontà e di autodisciplina - a svolgere un percorso riabilitativo e di reinserimento lavorativo impegnativo riprendendo dal 2010 la sua attività di ergoterapista indipendente già svolta prima dell'infortunio, e di assumersi, a partire da settembre 2011, anche un incarico parziale di inserimento presso la scuola _____ con graduale aumento della percentuale di impiego fino al 36%, attualmente svolto. Tali sforzi le hanno permesso di raggiungere un'autonomia economica tale da non aver più diritto a prestazioni assicurative in forma di rendita di invalidità, pur rimanendo invariata la forte limitazione a livello della funzionalità nel contesto della paraplegia. D'altra parte questi sforzi hanno determinato verosimilmente un sovraccarico lavorativo con ripercussioni negative sullo stato di salute: infatti, la signora RI 1 per ben tre anni ha interrotto la fisioterapia di mantenimento in mancanza di tempo, assorbita completamente dall'attività lavorativa, dagli impegni familiari e dal dispendio di tempo per compiere gli atti quotidiani della vita a causa della paraplegia. Si sono pertanto esacerbati i dolori a livello degli arti inferiori di carattere neuropatico associati a frequenti spasmi muscolari che hanno necessitato la ripresa di misure fisioterapiche regolari, attualmente svolta 3 volte la settimana. Nel corso dell'ultimo anno sono pure peggiorati i disturbi correlati alla vescica neurologica, con aumento di frequenza di stimoli alla minzione e aumento delta frequenza dell'auto cateterismo, con

notevole ripercussione sulla qualità del sonno per via dei frequenti risvegli. Tale situazione ha determinato l'insorgenza di una sindrome di disadattamento, con reazione ansioso-depressiva di attuale solo lieve entità ma suscettibile a peggioramento qualora la situazione di sovraccarico psicofisico non dovesse migliorare. Pertanto si giustifica l'attuale inabilità lavorativa completa nella sua attività di docente di scuola professionale in quanto essa non permette la necessaria flessibilità di gestire gli impegni lavorativi e i necessari periodi di riposo durante la giornata lavorativa (che invece sono garantiti durante la sua attività di ergoterapista indipendente in quanto svolta al proprio domicilio). Attuale CL: in assenza di una documentata modifica dello stato di salute l'assicurata presenta attualmente una CL del 50% come da certificazione del curante, dr. _____ 6.5.2018 e 22.10.2019. L'attività di docenza, già svolta in precedenza, risulta pure esigibile in tale misura rispettando i limiti funzionali. L'attività di docenza è stata lasciata per motivi di sovraccarico dovuto a contingenze familiari. Attuali limiti funzionali: attività fisicamente leggera che può essere svolta in sedia a rotelle con servizi igienici a portata di mano.”

2.10. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA non può approvare l'operato dell'UAI, in quanto il rapporto finale del 14 maggio 2018 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, (pag. 582-584 incarto LAI) - come pure la stringata annotazione del 30 gennaio 2019 del medico SMR, dr. med. _____ (pag. 652 incarto AI) - sulla base della documentazione medica agli - non è sufficiente per concludere che RI 1 è abile al 50% (presenza) nell'attività abituale di fisioterapista indipendente e in attività adeguata (in particolare, secondo l'esigibilità lavorativa posta dal medico SMR nel rapporto finale del 14 maggio 2018, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.9) e al 50% (riduzione rendimento) in mansioni consuete (casalinga) dal 17 giugno 2016 e continua. A fronte delle patologie di carattere neurologico, neuro-urologico e psichico di cui è affetta l'assicurata, considerato pure che nell'incarto non figura alcuna valutazione specialistica (dello stato di salute dell'assicurata, dell'esigibilità lavorativa e della sua capacità lavorativa residua) e che agli atti mancano anche i questionari “rapporto medico: integrazione professionale/rendita” (che non sono stati inviati/richiesti dall'UAI agli specialisti curanti dell'assicurata), il rapporto finale del 14 maggio 2018 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale - ove è stata riportata la problematica psichica di cui soffre l'assicurata tra le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa ed è stata indicata una prognosi dubbia sull'evoluzione della capacità lavorativa dell'assicurata - (pag. 582-584 incarto LAI) come pure la concisa annotazione del 30 gennaio 2019 del medico SMR, dr. med. _____, - ove non è stata riportata tra le diagnosi la problematica psichica di cui è affetta l'assicurata unicamente quella somatica - (pag. 652 incarto AI), non consente al TCA di concludere, con la necessaria tranquillità, che RI 1 sia abile al 50% (presenza) nell'attività abituale di fisioterapista indipendente e in attività adeguata (in particolare, secondo l'esigibilità lavorativa posta dal medico SMR nel rapporto finale del 14 maggio 2018, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.9) e al 50% (riduzione rendimento) in mansioni consuete (casalinga) a partire dal 17 giugno 2016. Agli atti non figura alcuna valutazione specialistica e mancano pure i questionari “ rapporto medico: integrazione professionale/rendita ” che l'UAI non ha inviato/richiesto agli specialisti curanti dell'assicurata e che l'amministrazione dovrà, pertanto, raccogliere agli atti. Va pure considerato che - nonostante il medico _____ (dr.ssa med. _____) avesse rilevato che l'assicurata aveva sviluppato una “ sindrome di disadattamento, con reazione ansioso-depressiva di attuale solo lieve entità ma suscettibile a peggioramento qualora la situazione di sovraccarico psicofisico non dovesse

migliorare. ”, come peraltro riportato dal medico SMR, dr. med. _____, nell’annotazione dell’11 novembre 2019 (doc. VII-1) e nonostante il medico SMR, dr. med. _____, abbia posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ Stato ansioso depressivo reattivo a sovraccarico fisico ” (pag. 582 incarto LAI) - nessun medico SMR, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, si è espresso in merito alla capacità lavorativa dell’assicurata dal profilo psichico rispettivamente ha avuto un colloquio personale con l’assicurata (cfr. consid. 2.8). In questo contesto è utile ricordare che, a fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). In conclusione, dagli atti dell’incarto emerge, dunque, la necessità di una valutazione specialistica dello stato di salute dell’assicurata in ambito neurologico, neuro-urologico e psichiatrico. Stante quanto precede, non consente di giungere ad una diversa conclusione l’annotazione dell’11 novembre 2019 (doc. VII-1) del medico SMR, dr. med. _____. Analogamente a quanto valutato dall’Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non può, quindi, fondare il proprio giudizio sul rapporto finale del 14 maggio 2018 del dr. med. _____ (pag. 582-584 incarto LAI) e sull’annotazione del 30 gennaio 2019 del dr. med. _____ (pag. 652 incarto AI). All’UAI incombeva, dunque, prima di emettere la decisione impugnata il 26 settembre 2019 (che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3; STCA 32.2018.169 del 20 agosto 2019, consid. 2.4), accertare in maniera completa ed esaustiva quale fosse il reale stato di salute dell’assicurata mediante un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPGa). Non avendolo fatto, gli atti devono essere rinviati all’amministrazione affinché ponga rimedio alle proprie mancanze per l’allestimento - previo aggiornamento degli atti medici - di una perizia pluridisciplinare (in ambito neurologico, neuro-urologico e psichiatrico), prima di emettere una nuova decisione relativa al diritto alla rendita del ricorrente. Per quel che riguarda in particolare l’aspetto psichiatrico, il TCA sottolinea che la capacità lavorativa dell’assicurata dovrà essere valutata nell’ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l’esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). È qui pure utile sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l’insorgere dell’evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con

riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11).

Nell'ambito dell'approfondimento peritale disposto, tenuto conto di quanto indicato dal medico del personale (" questi sforzi hanno determinato verosimilmente un sovraccarico lavorativo con ripercussioni negative sullo stato di salute: infatti, la signora RI 1 per ben tre anni ha interrotto la fisioterapia di mantenimento in mancanza di tempo, assorbita completamente dall'attività lavorativa, dagli impegni familiari e dal dispendio di tempo per compiere gli atti quotidiani della vita a causa della paraplegia ", come riportato dal medico SMR, dr. med. _____, nell'annotazione dell'11 novembre 2019, doc. VII-1, di cui si è ampiamente detto al consid. 2.9), i periti dovranno pure stabilire se l'impegno lavorativo complessivamente assunto dall'assicurata (quale ergoterapista indipendente e quale docente dipendente) tra il 2013 ed il 2016 fosse ragionevolmente esigibile o meno. E ciò al fine poi di determinare se il reddito da lei conseguito in tali anni fosse frutto di uno utilizzo ragionevole della sua capacità lavorativa residua oppure di uno sfruttamento eccessivo (e, quindi, ragionevolmente non esigibile) della stessa. 2.11. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare in questa sede la fattispecie con riferimento alle ulteriori censure ricorsuali sollevate dal patrocinatore in questa sede. Tali questioni dovranno essere affrontate se e quando dovesse emergere che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457). Per motivi di economia processuale il TCA rileva comunque sin d'ora che l'assicurata ha svolto l'attività di ergoterapista dipendente dal 1° novembre 2004 al 31 agosto 2007 e indipendente dal 1° settembre 2007 in poi. In sede di inchiesta per indipendenti l'assicurata ha dichiarato che, in assenza del danno alla salute, eserciterebbe sempre il suo lavoro di indipendente. Nonostante il danno alla salute l'assicurata ha, in effetti, continuato ad esercitare quale indipendente nella misura massima possibile. In quanto famiglia monoparentale (dalla nascita, il _____ 2013, del figlio _____: pag. 470 incarto AI), l'assicurata si è sempre organizzata per poter lavorare nella misura massima possibile, creandosi una rete che al bisogno garantiva assistenza al bambino (asilo nido e baby-sitter). Eccezionalmente accadeva pure che ricevesse un paziente quando il bambino era già rientrato a casa (pag. 470 incarto AI). In siffatte circostanze, l'assicurata deve essere considerata una persona che esercita un'attività lavorativa a tempo pieno. 2.12. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.10-2.11), il TCA rinuncia anche all'assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, quando 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. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti. 2.13. 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 fr. 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; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese per fr. 500.- vanno messe a carico dell'UAI che verserà fr. 2'500.- alla ricorrente a titolo di ripetibili. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria con concessione di gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5; STCA 32.2017.99 dell'8 gennaio 2018).

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