

TI_GERICHTE 32.2019.41 vom 18. Januar 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-01-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.41

FR: TI_GERICHTE 32.2019.41 du 18 janvier 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.41 del 18 gennaio 2019

Erwägungen

E. 3

e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii

giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito 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 premorbo, 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 psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita 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 psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.5. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può concordare con le conclusioni del medico del SMR poste a fondamento della decisione impugnata. Come correttamente rilevato dalla rappresentante dell’interessata, difatti, quanto riportato dal dr. _____ del SMR nel rapporto finale del 14 novembre 2017, sul quale si basa la decisione impugnata - e in seguito confermato con annotazioni del 6 agosto 2018 e del 14 novembre 2018 – tiene conto unicamente delle indicazioni fornite dal dr. _____ in data 14 giugno 2017, ma non della successiva evoluzione della patologia dell’assicurata, la quale, va sottolineato, è una malattia a decorso progressivo, come attestato dallo stesso neurologo curante nel referto del 14 giugno 2017 (cfr. doc. 24). Contrariamente a quanto considerato dall’Ufficio AI nella risposta di causa – ritenendo che un eventuale peggioramento dello stato di salute, intervenuto nel mese di dicembre 2018, andrà valutato nell’ambito di una revisione, visto che al momento di emanazione della decisione impugnata non era ancora trascorso il termine di tre mesi previsto dall’art. 88a cpv. 2 OAI – questo Tribunale reputa che non si possa escludere a priori che il peggioramento dello stato di salute dell’interessata, sia somatico che psichico, attestato dal dr. _____ e dal dr. _____ in occasione delle visite svolte nel mese di dicembre 2018, sia in realtà intervenuto già prima. Anzi, il TCA rileva che lo stesso dr. _____, già nel referto del 16 ottobre 2018 – quindi ben prima dell’emanazione della decisione impugnata, del 18 gennaio 2019, data che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) - ha riscontrato come accanto alla malattia somatica “coesiste anche uno stato depressivo che aggrava la sintomatologia imputabile alla malattia stessa e andrà valutata nella richiesta complessiva di invalidità” (doc. 40). A fronte di queste chiare indicazioni del neurologo curante e tenuto conto del carattere evolutivo della patologia che affligge l’interessata, questo Tribunale ritiene che l’amministrazione non

avrebbe potuto, come invece accaduto, limitarsi a ritenere che il referto del dr. _____ non apportasse alcun nuovo elemento rispetto a quanto già noto (cfr. annotazione del 14 novembre 2018 del dr. _____, doc. 45). Al contrario, il referto del dr. _____ avrebbe dovuto spingere l'amministrazione ad approfondire la situazione valetudinaria nel suo complesso, ordinando una perizia in grado di stabilire quali fossero le diagnosi, i limiti funzionali e la capacità lavorativa residua dell'interessata, sia nella professione abituale di assistente dentale, sia in eventuali altre attività adeguate, verificando, in particolare, se, rispetto al rapporto finale SMR del 14 novembre 2017, fosse nel frattempo intervenuto, oppure no, il peggioramento rilevato dal neurologo curante. Non avendolo fatto, gli atti devono essere rinviati all'Ufficio AI affinché ponga rimedio alle proprie mancanze. Tale soluzione appare imprescindibile, a mente del TCA, alla luce dell'insieme della documentazione all'incarto, comprendente - oltre ai referti medici del dr. _____ (del 16 ottobre 2018, del 18 gennaio 2019 e del 15 maggio 2019) e del dr. _____ (del 24 gennaio 2019) - anche le constatazioni dell'assistente sociale riportate nel rapporto dell'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica del 23 giugno 2018 (cfr. doc. 27), nonché quanto illustrato dal compagno-datore di lavoro della ricorrente nelle osservazioni del 29 settembre 2018 presentate contro il progetto di decisione del 7 settembre 2018 (cfr. doc. 37). Tutti questi elementi - i quali convergono nel dimostrare il continuo peggioramento subito dalle condizioni di salute dell'assicurata dopo il rapporto finale del SMR del novembre 2017, verosimilmente già a partire dalla primavera del 2018 (momento dell'inchiesta a domicilio), come indicato dalla rappresentante dell'assicurata (cfr. doc. I e doc. XIII), ma comunque da ottobre 2018 secondo l'attestazione del dr. _____ - sono, secondo questo Tribunale, atti a fare insorgere per lo meno lievi dubbi riguardo alla fondatezza delle conclusioni del medico del SMR circa la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata (giudicata stabile nella misura del 50% in maniera continuativa dal febbraio 2017). All'Ufficio AI incombeva, dunque, prima di emettere la decisione impugnata, accertare in maniera completa ed esaustiva, tramite un'accurata valutazione peritale, quale fosse il reale stato di salute dell'assicurata, sia dal profilo psichiatrico, che da quello somatico, verificando in particolare se la sclerosi multipla a forma remittente-ricidivante da lei sofferta le consentisse ancora, come giudicato dal SMR nel rapporto finale del 14 novembre 2017, di continuare a svolgere, al 50% dal 22 febbraio 2017 in poi, la professione di assistente dentale, oppure no, come invece sostenuto dai suoi curanti e dal datore di lavoro.

2.6. Nella DTF 137 V 210 il TF 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.5., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica, come richiesto in sede ricorsuale, il rinvio degli atti

all'amministrazione - alla quale compete in prima battuta accertare lo stato di salute dell'interessata - affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici esterni necessari al fine di chiarire definitivamente la questione relativa all'evoluzione della (in)capacità lavorativa e lucrativa dell'interessata, tenuto conto della sua malattia a carattere progressivo. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita della ricorrente, fermo restando il diritto di quest'ultima ad almeno mezza rendita dal 1° luglio 2017. Va a questo proposito rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). A tale riguardo, il TCA rileva che, in sede di risposta di causa, l'Ufficio AI ha chiesto, in via principale, che questo Tribunale valuti un'eventuale reformatio in pejus della decisione impugnata (assegnando all'interessata ¼ di rendita) - aggiungendo, in via subordinata, che venga confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità (doc. VI). La rappresentante dell'assicurata ha contestato la presa di posizione dell'amministrazione, ritenendo corretto l'utilizzo del raffronto percentuale cui ha fatto capo l'UAI, chiedendo, quindi, la conferma della mezza rendita di invalidità già riconosciuta con la decisione impugnata e il ritorno degli atti all'amministrazione per la valutazione del peggioramento dello stato di salute subentrato nell'ottobre 2018 (doc. XIII). Chiamato ad esprimersi, il TCA non ritiene condivisibili le motivazioni addotte dall'amministrazione a supporto della richiesta di procedere eventualmente con una reformatio in pejus. L'Ufficio AI, difatti, ha considerato che l'assicurata abbia scelto nel mese di giugno 2015, per ragioni sue personali, estranee al danno alla salute, di lasciare la precedente attività di assistente dentale svolta in Svizzera interna, per raggiungere il proprio compagno in Ticino, ritenendo, vista l'assenza di documentata inabilità lavorativa, "verosimile che ella avrebbe comunque disdetto il contratto lavorativo presso il dr. _____" (cfr. doc. VI pag. 3). Posto ciò, l'Ufficio AI ha quindi ritenuto che il grado di invalidità dell'assicurata avrebbe dovuto essere calcolato non secondo il cosiddetto Prozentvergleich - come invece avvenuto nella decisione impugnata - bensì secondo l'ordinario raffronto dei redditi, confrontando il reddito statistico per l'attività di assistente dentale per l'anno 2016 di fr. 64'347 (settore 86/88 – sanità e assistenza sociale, livello di competenza 2, riportato alle ore in uso nel settore) con il reddito effettivamente percepito in qualità di assistente dentale presso il dr. _____, di fr. 37'500 (ammontare corrispondente al suo effettivo rendimento secondo quanto indicato dallo stesso datore di lavoro, anche se poi, in seconda battuta, ha dichiarato il contrario), per un grado di invalidità del 42% giustificante un quarto di rendita, anziché il diritto ad una mezza rendita di invalidità come riconosciuto nella decisione impugnata. L'UAI ha precisato che il risultato non cambierebbe neppure considerando, quale reddito da valido da contrapporre a quello da invalido di 37'500, l'ultimo reddito concretamente percepito presso il dr. _____, aggiornato al 2016 (pari a fr. 70'015), dato che anche in tale evenienza il risultato, del 46%, darebbe diritto ad un quarto di rendita di invalidità (cfr. doc. VI, pag. 3-4). Ora, alla luce di quanto attestato in maniera chiara dal dr. _____ nel referto del 16 ottobre 2018 (cfr. doc. 40) - di cui questo Tribunale non ha motivo di dubitare - la ricostruzione fornita dall'amministrazione non appare corretta. Il dr. _____ ha, infatti, esplicitamente riconosciuto che l'assicurata ha "smesso la sua attività dal precedente datore di lavoro (dr. _____ a _____) in qualità di assistente dentale in quanto il ritmo lavorativo non era al momento compatibile con il suo stato di salute . Questo in

particolare riferito alla fatigue e difficoltà nei movimenti fini delle mani associato a tremore d'azione" (doc. 40, corsivo della redattrice). Inoltre, il dr. _____ ha documentato che l'assicurata "è limitata nella attività che richiedono movimenti fini con entrambe le mani, quindi nell'attività di assistente dentale" e presenta una "fatigue mentale che riduce anche le prestazioni intellettuali soprattutto per quanto concerne la rapidità di esecuzione" (cfr. doc. 40), elementi questi che, oltre a dimostrare l'impossibilità per l'interessata di continuare a svolgere l'abituale professione – in che misura e da quando sarà oggetto di approfondimento in sede peritale - corroborano pure la tesi sostenuta dal compagno e datore di lavoro dell'assicurata nelle osservazioni del 29 settembre 2018 circa il carattere eccezionale - e irripetibile sul mercato equilibrato del lavoro - dell'attività svolta e dello stipendio percepito per le mansioni di segretariato svolte presso lo studio di ortodonzia del dr. _____ durante un determinato periodo (cfr. doc. 37). Affermazioni, che, del resto, trovano conferma anche nelle constatazioni dell'assistente sociale in occasione dell'inchiesta a domicilio, dove ha potuto verificare personalmente le importanti limitazioni dell'assicurata (doc. 27). Tenuto conto, inoltre, del fatto che eseguendo il calcolo del grado di invalidità facendo riferimento, quale reddito da invalido, ai dati statistici relativi ad attività semplici e ripetitive, esigibili al 50%, risulterebbe un grado di invalidità superiore (del 68%) alla percentuale che dà diritto alla mezza rendita assegnata con la decisione impugnata, come indicato dall'amministrazione stessa (cfr. doc. A2) - la quale ha quindi optato per il raffronto percentuale, da cui risulta un grado di invalidità del 50% - questo Tribunale ritiene di non potere, in ogni caso, concordare con il calcolo del grado di invalidità proposto dall'Ufficio AI in sede di risposta di causa e, di conseguenza, con la richiesta dell'amministrazione di un'eventuale reformatio in pejus. In concreto, con la conferma del diritto ad almeno mezza rendita dal 1° luglio 2017 nel dispositivo della presente sentenza, su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in pejus (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015). 2.7. Ne discende che il ricorso va accolto ai sensi dei considerandi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati i necessari accertamenti peritali sopra enunciati, si pronunci nuovamente sulla rendita di invalidità dell'assicurata. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. 2.8. Nel caso di specie, inoltre, 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), la ricorrente, patrocinata dalla Consulenza Giuridica Andicap, ha diritto all'importo di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'Ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.). 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_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

E. 30

settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid.

3).

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