

TI_GERICHTE 32.2019.9 vom 26. November 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-11-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.9

FR: TI_GERICHTE 32.2019.9 du 26 novembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.9 del 26 novembre 2018

Regeste

Oggetto del contendere è la questione a sapere se vi sia stato o meno un peggioramento delle patologie invalidanti di cui è affetto l'assicurato giustificante, in via di revisione, l'aumento del grado d'invalidità. Rinvio per PSI (44 LPGA)

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che 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).

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 p. 84).

Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

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 oggettivamente (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).

2.9. L'assicurato, per il tramite del medico curante dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha fatto valere il 1° dicembre 2017 un peggioramento del suo stato di salute, in particolare dal profilo psichico (pag. 161 incarto AI). L'assicurato ha trasmesso all'amministrazione la lettera d'uscita dell'11 agosto 2017 riguardante la degenza dal 25 aprile al 12 luglio 2017 presso la Clinica _____ per Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD-10: F33.1); Disturbo di personalità misto con tratti immaturi, dipendenti, ansiosi, impulsivi in intelligenza ai limiti inferiori (ICD-10: F61.0), dal quale emerge quanto segue:

Dopo aver preso atto del parere del 5 settembre 2018 del medico SMR, dr. med. _____, medico generico FMH e perito SIM, giusta il quale la documentazione medica ricevuta permette di oggettivare un possibile cambiamento dello stato di salute tale da poter entrare nel merito di una nuova rivalutazione clinica (cfr. doc. 166), l'amministrazione ha raccolto agli atti il certificato medico del 4 ottobre 2018 del dr. med. Teodori, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, nonché medico curante dell'assicurato dal 6 ottobre 2009, che ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di disturbo depressivo ricorrente attuale episodio di media gravità ICD 10 F33.1, disturbo di personalità misto con tratti immaturi, dipendenti, ansiosi, impulsivi in intelligenza al limite inferiore ICD 10 F 61.0 ed ha concluso che RI 1, già inserito in una struttura protetta, era inabile al lavoro, inteso come lavoro remunerativo, al 100% (doc. 170). L'UAI ha raccolto pure il certificato medico del 4 ottobre 2018 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, nonché medico curante dell'assicurato dal 1988, che ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di Sindrome depressiva ricorrente con episodi recidivanti di media gravità ICD 10 F33.1; disturbo di personalità misto con tratti immaturi, dipendenti, ansiosi, impulsivi in intelligenza al limite inferiore ICD 10 F 61.0; Obesità, Reflusso gastroesofageo; Pregressa trombosi dei vasi addominali; Ipoacusia dx ed ha concluso, fondandosi sulle indicazioni fornite dallo psichiatra curante, che RI 1 - per limiti funzionali soprattutto di ordine psichico motivi psichici, per capacità di svolgere un lavoro autonomamente e per il livello intellettivi - era inabile al lavoro al 100% e, a fronte del degrado progressivo constatato sia dallo psichiatra curante sia da lui stesso, il paziente si doveva accontentare di qualche piccolo lavoro che svolgeva per una istituzione a scopo terapeutico (doc. 172). Nell'annotazione del 18 ottobre 2018 il medico SMR, dr. med. _____, medico generico FMH e perito SIM, ha rilevato che Le condizioni dell'assicurato permangono stazionarie sotto regolari controlli terapeutici, sia psichiatrici sia internistici. Revisione clinica secondo i termini di

legge■ (doc. 177).

Davanti al TCA, la rappresentante dell'assicurato ha versato agli atti un ulteriore rapporto medico del 25 gennaio 2019 del precitato psichiatra curante, il quale ha ribadito quanto segue:

Va 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 STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). 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 e sentenza ivi citata; STCA 32.2019.48 del 14 ottobre 2019, consid. 2.7).

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).

E. 29

cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2019.48 del 14 ottobre 2019, consid. 2.7). 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: d a 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. 1'200.- al ricorrente a titolo di ripetibili.

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