

TI_GERICHTE 32.2020.7 vom 27. April 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-04-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.7

FR: TI_GERICHTE 32.2020.7 du 27 avril 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.7 del 27 aprile 2020

Volltext

Incarto n.32.2020.7

FS

Lugano

27 aprile 2020

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 16 gennaio 2020 di

RI 1

contro

la decisione dell'11 dicembre 2019 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

considerato in fatto e in diritto

che - per decisione 11 dicembre 2019 l'Ufficio AI considerati i seguenti periodi di inabilità lavorativa, in qualsiasi attività, determinati dal Servizio Medico Regionale (SMR): 100% dal 03.10.2016 al 13.11.2016; dal 20.09.2017 al 24.09.2017; dal 28.03.2018 al 30.04.2018; dall'11.03.2019 al 07.04.2019 e 25% dal 01.05.2019 in avanti ha respinto la (nuova) domanda di prestazioni presentata da RI 1 nell'aprile 2019 (doc. AI 36/121-130), presentando l'assicurata periodi di inabilità lavorativa di breve durata che non comportano alcun diritto ad una rendita di invalidità;

- contro suddetta decisione s'aggrava al TCA l'assicurata tramite il RA 1. Rilevando di non essere in possesso della documentazione AI e che mai è stata sottoposta a degli accertamenti medici, l'insorgente postula: () a) Di poter presentare un ricorso molto più dettagliato e circostanziato non appena l'Assicurazione invalidità del Cantone Ticino ci

abbia inviato tutta la documentazione in loro possesso. b) Che il ricorso sia evaso rinviando all'assicurazione AI il dossier per una nuova decisione. c) una perizia multidisciplinare da parte del Servizio Medico Regionale (SMR) che confermi se la valutazione fatta dall'AI corrisponda veramente allo stato psico-fisico attuale dell'assicurata. ()■(I). L■insorgente, trasmesso il 3 febbraio 2020 il relativo certificato (IV e allegato IV/1), il 10 febbraio 2020 ha inoltrato■Istanza di assistenza giudiziaria■(VII);

- con la risposta di causa■sulla base dell■annotazione 29 gennaio 2020 con cui il medico SMR ha concluso che■() Si conferma il peggioramento dello stato clinico con una IL 100% dal 23.07.2019 come certificato dal Dr. _____, medico curante. Questa IL completa è dovuta sia alla sindrome paraneoplastica provocata dal tumore noto sia ad uno stato depressivo menzionato dai diversi medici coinvolti. Tuttavia, non vige una presa a carico con terapia psicofarmacologica come auspicato dal Dr. _____, emato-oncologo. ().■(V/1)■l■amministrazione, considerati i nuovi elementi clinici proposti agli atti e osservato come l■anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI non è ancora trascorso, chiede■() di volere ritornare gli atti all'amministrazione per definire al meglio il caso della signora RI 1 dal lato medico ed economico (complemento istruttorio con aggiornamento della situazione medica, verifica dell'attuazione di eventuali misure d'integra-zione ragionevolmente esigibili ex art. 28 cpv. 1 lett. a, valutazione in ambito economico). ()■(V, pag. 2), ritenuto che al termine dei necessari approfondimenti emanerà una nuova decisione debitamente preavvisata;

- con scritto 10 febbraio 2020 il rappresentante dell■insorgente ha comunicato di aderire alla proposta dell■amministrazione (VIII);

- 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'art. 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 ago-sto 2015; STF 8C_855/2010 dell■11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011);

- 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 che 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;

- qualora l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115, vedi anche STF 9C_80/2013 del 18 settembre 2013 consid. 3.2). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 LPGA si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (STF 9C_916/2009 del 30 agosto 2010 consid. 5.2 con rinvio alle DTF 130 V 71 consid. 3.2 e DTF 117 V 198 consid. 3a; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In particolare, la rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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. 88 a 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. 88 a cpv. 2 OAI). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STF A I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Nella DTF 133 V 108, modificando la giurisprudenza, l'Alta Corte ha stabilito che il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alle prestazioni è, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame

materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid.2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 30/31, pag. 430-433). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (vedi anche la STF 9C_27/2019 del 27 giugno 2019 consid. 2, resa nella composizione di 5 giudici);

- nel caso concreto, come chiesto con il gravame e come indicato in risposta di causa alla luce della valutazione 29 gennaio 2020 del medico SMR dr. _____ secondo la quale () sia Dott.ssa _____, nefrologa che Dr. _____, emato-oncologo, parlano della osteomalacia oncogenica. Si tratta d'una sindrome paraneoplastica che riconducono ad ogni probabilità al noto paraganglioma latero-cervicale sinistro. La sindrome paraneoplastica è un insieme di segni, di sintomi e di alterazioni morfologicofunzionale che un tumore è in grado di dare a distanza dalla sede di sviluppo primitivo o di sviluppo delle metastasi. Il tumore maligno secreta FGF3 (fattore di crescita dei fibroblasti 23) che inibisce il trasporto dei fosfati nel tubulo renale e riduce la produzione di calcitriolo da parte del rene, risultando in un valore elevato di fosfati nell'urina ed un valore basso dei fosfati nel sangue. Per lo stato depressivo l'emato-oncologo suggerisce di prendere in considerazione una presa a carico psico-farmacologica. () (V/1) v è effettivamente da ritenere che, onde addivenire ad un chiaro e completo giudizio sulla situazione invalidante dell'assicurata, la situazione medica ed economica vanno ulteriormente indagate così come indicato nella risposta di causa;

- 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 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 Verfahrens-garantien) 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, considerato come gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione paiono incompleti, si giustifica il rinvio degli atti affinché essa proceda nel senso sopra indicato. In esito alla nuova istruttoria dovrà essere emessa, nel rispetto dei dettami dell'art. 57a LAI, una nuova decisione soggetta a ricorso ai sensi degli artt. 56 e segg. LPGA nel cui ambito l'assicurata potrà riproporre ogni censura di fatto e di diritto, sia in relazione alla valutazione medica che a quella economica;

-giusta gli artt. 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);

- visto l'esito della lite, le spese di procedura di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI;
- l'arcorrente, patrocinata in causa, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGa e art. 30 cpv. 1 Lptca) che appare equo stabilire in fr. 1'000, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (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 e 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

dichiara e pronuncia

1.- Il ricorso è accolto.

§ La decisione dell'11 dicembre 2019 è annullata.

§§ Gli atti sono rinviati all'Ufficio AI perché proceda conformemente ai considerandi.

2.- Le spese di procedura di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI.

L'Ufficio AI verserà alla ricorrente fr. 1'000.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa) ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria.

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

Il vicepresidente

giudice Raffaele Guffi

Il segretario di Camera

Gianluca Menghetti

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