

TI_GERICHTE 32.2024.61 vom 10. Juni 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-06-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.61

FR: TI_GERICHTE 32.2024.61 du 10 juin 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.61 del 10 giugno 2024

Regeste

Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni. Conferma della perizia pluridisciplinare e del grado d'invalidità non pensionabile

Erwägungen

E. 28

cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022." Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022, o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni presentando l'assicurato dal 1° marzo 2022 un grado d'invalidità del 30%, aumentato al 1° gennaio 2024 del 37%. Ne consegue che un'eventuale diritto alla rendita sorgerebbe dopo il gennaio 2022, motivo per cui, sulla scorta di quanto sopra, in specie è applicabile nuovo diritto. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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 sono dunque 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). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso

d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui agli artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). Con il nuovo art. 28 b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2); se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70%, gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera (cpv. 3); mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, si ha che al grado d'invalidità del 40% la quota percentuale è del 25% di una rendita intera (un quarto di rendita) e per ogni grado d'invalidità supplementare si computa una quota del 2,5% (cpv. 4). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, 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) ed 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 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). 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 (DTF 129 V 222).

2.5. Nel caso che ci occupa, come detto (cfr. consid. 1.1), l'Ufficio AI, dopo aver incaricato il dr. med. _____ di allestire una perizia reumatologica (doc. 49), ha in seguito ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del _____. Con rapporto 26 ottobre 2023 i periti hanno concluso per un'inabilità lavorativa dell'80% nell'abituale attività e del 20% in attività adeguate, inabilità dovuta a problematiche d'ordine neurologico e reumatologico, dal 30 luglio 2021 (doc. 63). L'assicurato, con riferimento alla documentazione medica prodotta, sostiene di presentare un'inabilità del 50% anche per motivi psichiatrici.

2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante

elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer / Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2022, art. 28a n. 227, pag. 375). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 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).

2.7. Ritornando al caso in esame, questo giudice, chiamato a verificare se, nel caso di specie, lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti non ha motivo per scostarsi dalla perizia pluridisciplinare del _____ (internistica: dr. med. _____; psichiatrica: dr. med. _____; reumatologica: dr.ssa med. _____ e neurologica: dr. med. _____) del 26 ottobre 2023 (doc. 63). I periti, dopo aver riassunto gli atti, l'anamnesi familiare, personale e sociale, professionale e patologica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica e le constatazioni obiettive, hanno posto le diagnosi reumatologiche e neurologiche con influenza sulla capacità lavorativa (pag. 259), nonché quelle non invalidanti (tra cui quella di natura psichiatrica) (pag. 260). I periti hanno concluso per un'incapacità lavorativa dell'80% nell'abituale attività e del 20% in qualsiasi attività adeguata, dal gennaio 2020. Al punto 4.9 del rapporto gli specialisti hanno poi descritto l'evoluzione della capacità lavorativa nel corso del tempo nell'attività svolta ed in attività adatta, il tutto dal 30 luglio 2021. Il referto è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Gli specialisti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di loro. I medici hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'assicurato ed acquisita nel corso della procedura amministrativa. Le conclusioni sono del resto state confermate anche dal medico SMR, dr. med. _____ nel rapporto 30 ottobre 2023 (doc. 64). La documentazione medica prodotta dal ricorrente non è atta a mettere in dubbio la validità della succitata perizia multidisciplinare. In particolare si tratta del rapporto 22 marzo 2024 del medico curante che chiede una rivalutazione della decisione impugnata "prendendo in considerazione fattori psico-clinici dal mio parere necessita almeno 50% dell'Assicurazione invalidità (pag. 340) e del rapporto psicologico 31 maggio 2024 del SPS in cui viene posta una diagnosi di reazione depressiva prolungata (IDC10-F43.21) e fatto presente che l'assicurato segue una terapia a

cadenza quindicinale (pagg. 352/3). La suddetta documentazione è stata esaminata dal SMR, il quale con annotazioni 8 giugno 2024 conclude che dalla stessa “non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione _____. Preciso che non viene presentato un rapporto medico psichiatrico ma unicamente una valutazione psicologica” (pag. 355). A quanto sopra va prestata adesione, ritenuto inoltre le conclusioni del medico curante non sono motivate. Ai referti del _____ e del SMR pertanto va attribuita piena forza probante.

2.8. Pendente causa il ricorrente ha prodotto lo scritto 23 settembre 2024 del _____ nel quale viene indicato che in data 8 agosto 2024 il paziente aveva iniziato una presa a carico medico-psichiatrica e che per permettere una valutazione è necessario proseguire i colloqui sino a fine 2024 (doc. VI/4). Per questi motivi l'assicurato ha chiesto la sospensione dalla procedura sino a fine anno affinché possa essere acquisita una valutazione psichiatrica del _____. Secondo questo giudice una sospensione non è necessaria per i seguenti motivi. L'eventuale peggioramento della componente psichiatrica, legato alla presa a carico specialistica, non è rilevante ai fini della presente vertenza in quanto avvenuto l'8 agosto 2024, dopo l'emissione della decisione contestata. Infatti, secondo costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 10 giugno 2024. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (DTF 130 V 138 consid. 2). Inoltre, dal succitato rapporto psicologico 31 maggio 2024 del _____ risulta che il 29 marzo 2024 – quindi prima del provvedimento contestato – il medico curante aveva segnalato l'assicurato al succitato servizio per una presa a carico psicologica. Nel citato rapporto è stata posta una diagnosi di reazione depressiva prolungata (ICD 10: F.43.21). Tuttavia, non si può concludere per una patologia psichiatrica invalidante, poiché non è stata attestata alcuna incapacità al lavoro. Del resto volendo ammettere, per ipotesi di lavoro, l'insorgenza di una patologia psichiatrica invalidante il 29 marzo 2024 (giorno della segnalazione del curante al _____), ciò non è rilevante. Infatti, affinché un peggioramento sia rilevante, lo stesso deve perdurare almeno tre mesi (art. 88a cpv. 2 OAI), periodo che al momento dell'emissione della decisione impugnata non era trascorso. Tuttavia, va ricordato che – ribadito come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4) – l'insorgente ha se del caso la facoltà di presentare una nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado di inabilità.

2.9. Per quel che concerne la determinazione del grado d'invalidità, rimasto incontestato, va fatto riferimento al relativo calcolo esposto nella decisione contestata, al quale va prestata adesione. Riguardo al reddito da valido, non avendo l'assicurato più svolto alcuna attività lucrativa dal 2017, l'amministrazione ha correttamente utilizzato i dati statistici (anno 2020) relativi ad attività semplici di tipo fisico o manuale, adeguati al 2022, per un importo complessivo di fr. 66'265,75 (cfr. tabella di calcolo in doc. 70). Non avendo l'insorgente messo a frutto la sua residua capacità lavorativa del 100% in attività confacenti al suo stato di salute, per determinare il reddito da invalido l'Ufficio AI ha giustamente fatto capo ai dati statistici (art. 26bis cpv. 2 OAI), valori centrali, e li ha adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende (art. 25 cpv. 4 OAI). In virtù del nuovo cpv. 3 dell'art. 26 bis OAI, entrato in vigore il 1° gennaio 2024, l'Ufficio AI ha applicato la

deduzione prevista del 10%, per giungere a un reddito da invalido di fr. 41'747,42. Dal confronto dei due redditi, è risultato un grado d'invalidità del 37% (cfr. tabella di calcolo in doc. V/2). Di conseguenza l'Ufficio AI ha rettamente respinto la domanda di prestazioni. Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto.

2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (in virtù della disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA a contrario in combinazione con l'art. 61 lett. a e f bis LPGA, anch'essi nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021), la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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