

TI_GERICHTE 32.2025.37 vom 10. März 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-03-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.37

FR: TI_GERICHTE 32.2025.37 du 10 mars 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2025.37 del 10 marzo 2025

Regeste

Ricorso (accolto per adesione) contro la decisione di rifiuto della rendita. Valutazione medica carente. UAI contesta (a torto) accollo di spese e ripetibili: i.c. non vi è una violazione del diritto di collaborare imputabile all'A., quindi UAI – soccombente – deve accollarsi spese e ripetibili

Erwägungen

E. 31

agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a giusta ragione o meno l'Ufficio AI ha negato all'insorgente il diritto a prestazioni AI. 2.3. L'invalidità è 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 (combinati artt. 4 cpv. 1 LAI e 7 e 8 LPGA). Gli elementi costitutivi dell'invalidità sono il danno alla salute fisica mentale o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Il danno alla salute deve aver 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, p. 1411, n. 46). L'incapacità, totale o parziale, al lavoro è l'incapacità derivante da un danno alla salute fisica mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. Se l'incapacità al lavoro è di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato, 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 (art. 7 LPGA). L'invalidità è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGA). La nozione d'invalidità (artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA) è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Giusta l'art. 28b LAI, gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4) e se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e

il 49% l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità si situa tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Il grado d'invalidità è determinato dal rapporto fra il reddito da invalido ed il reddito da valido (art. 16 LPGA), ossia 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 nel 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) . 2.4. Per quanto riguarda l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica è decisivo che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nel 2015 il Tribunale federale ha sancito che l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata, dovendosi valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando, da un lato, i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale, e, 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 (STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281; Comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In due sentenze del 30 novembre 2017 (STF 8C_841/2016 e 8C_130/2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti deve trovare applicazione a tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici. Oltre alla classificazione medica ed alla diagnosi, 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. 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. 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, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 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). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). 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) 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). 2.6. In concreto, questo Giudice non ravvisa alcun motivo per non accogliere il gravame secondo la proposta formulata con osservazioni del 3 ottobre 2025 e condivisa dal ricorrente il 9 ottobre 2025. Infatti, per poter valutare l'eventuale diritto dell'insorgente ad una rendita, occorre innanzitutto fugare qualsiasi dubbio circa il suo stato valetudinario e la capacità lavorativa (residua). Considerato che entrambe le specialiste del SMR hanno evidenziato la necessità di ulteriori accertamenti, un approfondimento medico risulta in casu imprescindibile. Per il che, gli atti vanno retrocessi all'Ufficio AI affinché proceda con i necessari approfondimenti, in esito ai quali emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata. Infatti, 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). In concreto, rilevato che per le ragioni già diffusamente esposte l'istruttoria amministrativa risulta carente, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda agli approfondimenti necessari, in esito ai quali l'Ufficio AI emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata. 2.7. Quo all'accollo delle spese di procedura giusta gli artt. 69 cpv. 1bis LAI e 29 cpv. 2 Lptca e delle ripetibili giusta gli artt. 61 lett. g. e 30 cpv. 1 e 2

Lptca, va osservato quanto segue. Nell'ambito delle assicurazioni sociali la procedura è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati dall'autorità che intraprende i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. art. 43 cpv. 1 LPGA; STF 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4). Tuttavia, questo principio non è assoluto, atteso che la sua portata è limitata dall'obbligo delle parti di collaborare nell'accertamento dei fatti (art. 43 cpv. 2 LPGA; DTF 145 V 90 consid. 3.2, 122 V 157 consid. 1a, 121 V 210). Il dovere di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che in caso contrario rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 261 consid. 4b con riferimento). In casu, si rileva che dopo l'incidente stradale del 17 maggio 2021 con conseguente ricovero d'urgenza e degenza all' _____ di _____ fino al 21 maggio 2021 (l'assicurato ha chiesto di essere dimesso anticipatamente, contrariamente al parere dei medici), RI 1 è stato degente presso il _____ dal 29 maggio al 4 giugno 2021. Già il 31 maggio 2021 egli ha destato l'attenzione dei medici per questioni di carattere psichiatrico, rendendosi necessaria una “ Valutazione urgente per comportamento verbalmente aggressivo e non collaborante ”, il medico che l'ha visitato avendo messo a protocollo che “ Il paziente rifiuta la collaborazione, sempre verbalmente aggressivo e insiste su rientro a domicilio oggi, sottovalutando completamente la gravità della situazione. I genitori non sono in grado di gestire il figlio a casa ” ed avendo indicato come “ Il padre riferisce un cambio dello stato cognitivo da dopo il trauma, peggiorato sensibilmente al risveglio dall'anestesia generale [...] riferendo appunto un'importante aggressività verbale. [...] sarebbero programmati una valutazione neuropsicologica (valutazione di ev. bisogno di riabilitazione alla Clinica _____) [...]” (doc. 57, pagg. 124-126 incarto AI). Nel rapporto di medesima data concernente la valutazione neuropsicologica, il dr. _____ (specialista in neurologia e caposervizio) e la psicologa _____ hanno concluso che “ La valutazione neuropsicologica odierna è indicativa di un deficit cognitivo polisettoriale caratterizzato da aprassia visuo-costruttiva, difficoltà sul piano mnesico verbale e visuo-spaziale, difficoltà di pianificazione e lieve negligenza egocentrica sinistra. Sul piano fronto-esecutivo si evidenzia ridotta flessibilità cognitiva, di programmazione, astrazione e ragionamento logico inferenziale e scarse competenze strategiche. Considerata la giovane età [...] e alla luce di quanto emerso dalla valutazione odierna riteniamo utile una presa a carico riabilitativa di follow up allo stabilizzarsi della situazione clinica ” (doc.57, pag. 128 incarto AI). Nella lettera d'uscita dell'11 giugno 2021 allestita dal _____ viene menzionata l'alterazione comportamentale e, pur escludendo “ ideazioni suicidarie o tendenze eteroaggressive ”, il Caposervizio di neurochirurgia aveva indicato per il procedere – tra l'altro – “ una riabilitazione ambulatoriale per i deficit neuropsicologi [...] alla Clinica _____ (doc. 57, pag. 118 e 119 incarto AI; cfr. anche la lettera d'uscita provvisoria del 4 giugno 2021 sub doc. 57). Dal rapporto del 30 settembre 2021 della Clinica _____ emerge che l'assicurato, sottoposto ad esame neuropsicologico con somministrazione di test standardizzati, soffriva di “ deficit attentivi con: rallentamento psico-motorio (tempi di reazione elevati, lentezza nel processamento di informazioni visive e verbali), difficoltà di attenzione divisa e fluttuazioni attentive con distraibilità e precoce affaticabilità dopo sforzo cognitivo ”, “ lievi difficoltà di memoria verbale e visuo-spaziale a lungo termine, verosimilmente secondarie al deficit attentivo ” e “ lievi difficoltà esecutive di controllo-inibizione ”. I medici avevano evidenziato la scarsa aderenza ai

trattamenti e le numerose assenze (sedute di trattamento neuropsicologico) che avevano reso i trattamenti riabilitativi scarsamente efficaci, avvisando l'assicurato, che aveva deciso di interrompere prematuramente il percorso riabilitativo in Day Hospital, circa " le difficoltà di carattere cognitivo residue potrebbero avere sul suo percorso formativo e sulle attività della vita quotidiana, soprattutto se complesse e richieste dal punto di vista cognitivo " e concludendo che " Il quadro cognitivo alla dimissione è [...] sovrapponibile a quanto osservato in sede di valutazione iniziale, con in particolare la presenza di deficit attentivo-mnestici che potrebbero avere delle ricadute sull'apprendimento di informazioni e conoscenze necessarie durante lo svolgimento della formazione in corso ". Da notare che i medici della clinica non avevano accertato un'incapacità lavorativa (e quindi neppure la durata della stessa) poiché l'assicurato a quel tempo era studente in formazione (doc. 57, pag. 115 incarto AI). Nel rapporto del 26 gennaio 2024 del curante dr. _____ (doc. 33 incarto AI) emergeva che " C'è da menzionare, per quanto riguarda le ripercussioni sulla capacità lavorativa, che da uno scritto della clinica _____, notavano un atteggiamento poco disforico con scarsa capacità di elaborazione di eventuali problematiche specifiche. Riferivano anche di un deficit attentivo lieve, visus spaziale, a lungo termine e lievi difficoltà esecutive di controllo-inibizione. C'è da dire che, quando ho visitato il paziente [...] effettivamente mostrava dei deficit mnemonici, però nella documentazione a me fornita non c'è nessun rapporto specialistico da parte di uno psichiatra ". Il curante soggiungeva che " Per quanto riguarda le limitazioni funzionali attuali non ho avuto abbastanza tempo per inquadrare il paziente e non ho neanche una documentazione che mi possa permettere di descrivere con una certa precisione. C'è però da tener conto che il paziente soffre di crisi epilettiche e presenta dei deficit di memoria. ". Dalle fatture l'Ufficio AI ha desunto che l'assicurato era stato valutato dal dr. _____ (specialista in psichiatria e psicoterapia) (doc. 60 incarto AI). Quest'ultimo ha attestato il 15 novembre 2024 di aver visitato l'assicurato in un'unica occasione (il 17 maggio 2023 dalle 16:30 alle 17:15), allegando la cartella clinica ove lo specialista aveva messo a protocollo che " Non ha con sé la tessera di cassa malati, sembra avere difficoltà a ricordare il numero di telefono ", " ride senza motivo ", " Diagnosi di PTSD molto incerta: riferisce incubi su altri motivi, non pensieri intrusivi o evitamento. Si prevede un nuovo appuntamento dopo una settimana cui non si presenta e non da notizie " e " 14.06.2023 Dopo vari appuntamenti mancati anche oggi non si presenta " (doc. 61, pag. 146 incarto AI). Nel rapporto del 10 dicembre 2024 del dr. _____, il curante attesta un'incapacità lavorativa completa dal 17 luglio al 19 agosto 2024 e dall'8 ottobre all'8 novembre 2024, indicando che " Il paziente è affetto da crisi di epilessia post traumatica (trauma del 2021) con conseguenti disturbi psico-comportamentali e deficit mnesici e attentivi ", che è " in terapia psichiatrica dalla Dr.ssa _____ " e che " Attualmente, visto i deficit mnemonici d'attenzione e visti i molteplici episodi di attacchi epilettici non posso indicare un'attività adeguata alle limitazioni del paziente in questione " (doc. 62, pagg. 151 e 152 incarto AI). Per accertare l'incapacità lavorativa dell'assicurato il SMR si è esplicitamente fondato su quanto descritto dal medico generico dr. _____ (cfr. supra consid. 1.3. in fine; doc. 63, pag. 156 e docc. 64 e 67 incarto AI). Tutta la summenzionata documentazione medico-assicurativa era stata acquisita agli atti dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della contestata decisione del 10 marzo 2025. Con rapporto del 2 aprile 2025 (quindi successivo all'emanazione della contestata decisione ma precedente all'impugnativa) il dr. _____ (specialista in neurologia) aveva formulato – tra le altre – una diagnosi di " Disturbo psico-comportamentale complesso/persistente post-traumatico con deficit

attentivo-mnemonici ”, accertando un’incapacità lavorativa del 50% in ogni attività e comunicando un “ Tentativo di presa in carico psichiatrica/neuropsicologica (difficile). Identificata recent. la figura della Dr. _____ ” (doc. 74 incarto AI). Ora, valutata con attenzione tutta la documentazione presente agli atti prima dell’emanazione della decisione impugnata (quindi anche prescindendo dal rapporto del 2 aprile 2025 del dr. _____), questo Giudice deve concludere che essa era sufficiente per giustificare un approfondimento medico (almeno) sotto il profilo psichiatrico, non potendosi allo stadio attuale neppure escludere che la scarsa compliance (mancato invio di informazioni di carattere medico-amministrativo, continue assenze ingiustificate agli appuntamenti, alle visite mediche, reticenza nel rispondere a quesiti posti dall’Ufficio AI, mancate osservazioni al preavviso del 27 gennaio 2025, ecc.) possa essere conseguenza della patologia psichiatrica. In particolare, l’affermazione dell’Ufficio AI secondo cui dalla documentazione acquisita agli atti “ non si evinceva in alcun modo la presenza di una patologia psichiatrica, né risultava una presa a carico psichiatrica ” è in manifesta contraddizione con gli estratti delle refertazioni mediche riportati sopra. Inoltre, risulta irrilevante il fatto che l’avv. RA 1 “ già lo assisteva nella pratica con l’assicurazione _____ ”, il citato legale avendo acquisito il potere di rappresentanza per la presente vertenza il 28 marzo 2025 (doc. 71 incarto AI), ossia oltre due settimane dopo l’emanazione della decisione impugnata. Infine, neppure il riferimento alla STCA 32.2025.55 del 28 agosto 2025 soccorre l’amministrazione. In quell’evenienza questo Giudice aveva ritenuto giustificato prescindere sia dall’accollo delle spese di procedura che delle ripetibili poiché l’assicurato, in violazione al dovere di collaborazione, non aveva mai menzionato un’affezione psichiatrica, producendo solo con il gravame delle refertazioni attestanti un’affezione psichiatrica pregressa, causando quindi inutilmente la procedura giudiziaria. Nel caso che ci occupa, come poc’anzi accertato, i disturbi d’ordine psichiatrico, ancorché non codificati secondo lo standard di classificazione ICD, sono stati menzionati più volte dai medici nel corso degli anni ed andavano approfonditi. Inoltre, in casu le affermazioni del padre e della sorella dell’assicurato circa le conseguenze dell’incidente stradale sul vissuto quotidiano ed in particolare sullo stato cognitivo, di memoria (e quindi organizzativo) e psichiatrico (XIV, allegati A16 e A17) non permettono – allo stadio attuale – di concludere, contrariamente a quanto sostiene l’Ufficio AI, che l’(in)agire di RI 1 configura una violazione del dovere di collaborare. Visto l’esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr. STF 8C_307/2021 del 25 agosto 2021 consid. 6; DTF 141 V 281 consid. 11.1 e 137 V 210 consid. 7.1 con riferimenti) le spese di fr. 500 sono poste a carico dell’Ufficio AI, il quale verserà alla ricorrente fr. 2’000 di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA).

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