

TI_GERICHTE 32.2007.308 vom 30. Oktober 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-10-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.308

FR: TI_GERICHTE 32.2007.308 du 30 octobre 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2007.308 del 30 ottobre 2008

Regeste

Grado d'invalidità non pensionabile

Erwägungen

E. 21

aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser /Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeits-unfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si é confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibriomalgia (DTF 132 V 65; STFA del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05). 2.6. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella

DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Infine, va 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 pag. 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 1999 pag. 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 inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124;

STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04). 2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesa posta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i medici del servizio medico regionale (SMR), i quali, sulla base della documentazione medica acquisita agli atti, hanno concluso per un'abilità totale in un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali posti dal mese di ottobre 2004. Il dr. _____, FMH in reumatologia, fisioterapia e riabilitazione, nel rapporto

E. 24

marzo 2004 indirizzato alla _____ (doc. AI 12/6-12), posta la diagnosi di: " (...) - Sindrome lombospondilogenica cronica e anamnesticamente sindrome radicolare irritativi L4 a sinistra con da ● turbe statiche modiche del rachide (tendenzialmente piatto) ● alterazioni degenerative specialmente L4/5: - condrosi con ernia discale, lussata cranialmente fino al recesso di L4 a sinistra - Lieve periartropatia omero-scapolare tendinotica cronica a sinistra in stato dopo lussazione gleno-omerale anni fa; lesione del nervo ascellare? - Anamnesticamente sindrome del tunnel carpale a destra - Stato dopo operazione per alluce valgo a destra (2001) con ora alluce rigido, sintomatico - Obesità (BMI 33.5) - Sindrome depressiva (?) (...)." (doc. AI 12/8) ha concluso che "(...) per il lavoro svolto (secondo la descrizione della paziente) sussiste un'inabilità lavorativa che ritengo tuttora del 100%. Attività lucrative che possano rispettare i limiti sopra sono invece esigibili in forma normale. Questa valutazione corrisponde a quanto suggerito dal medico curante nel suo certificato del 23.02.2004 ("ripresa lavorativa proponibile per attività che non sollecitino il rachide dorsale"). (...)" (doc. AI 12/9). La dr.ssa. _____, FMH in medicina interna – poste le diagnosi, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di "(...) sindrome lombo-spondilogenica cronica su/con: turbe statiche del rachide, alterazioni degenerative in particolare L4/5 – ernia discale L4-L5 lussata cranialmente (ottobre '03) – lieve periartropatia omero-scapolare tendinotica cronica a sinistra in stato dopo lussazione gleno-omerale anni fa (...)" e, senza ripercussioni, di "(...) obesità – sindrome depressiva – alluce rigido a destra, stato dopo operazione per alluce valgo a destra nel 2001 – dislipidemia (...)" (doc. AI 12/1) – ha, tra l'altro, concluso che "(...) mi trovo perfettamente concorde con la valutazione del Dr. _____, il quale conclude per un'inabilità lavorativa al 100% per il lavoro svolto quale ultimo dalla paziente, mentre è da ritenersi proponibile un'attività professionale che rispetti le limitazioni funzionali seguenti: evitare di alzare e spostare pesi superiori a 10 kg e non in forma ripetitiva, evitare di assumere posizioni corporee statiche per oltre 1 ora senza interruzioni, evitare movimenti ripetuti di flessione/estensione del tronco o lavori in posizioni corporee difficili per il rachide. E' in grado di spostarsi su terreni piani per ca. 200-300 m senza interruzione, su terreni accidentati solo occasionalmente e per brevi tragitti. L'uso del braccio sinistro è limitato ad attività sull'altezza di un tavolo, non potendo manipolare oggetti con la mano sopra l'altezza della testa. (...)" (doc. AI 12/4). Quanto alla documentazione medica prodotta in sede di opposizione e in sede di ricorso il TCA rileva quanto segue. Innanzitutto dalla documentazione prodotta risulta che nessun medico ha contestato le conclusioni cui è giunto il dr. _____ né si è espresso sulla capacità lavorativa. Non solo, il dr. _____, nel rapporto 6 novembre 2007 indirizzato alla dr.ssa _____ (XIV) – poste le diagnosi note e osservato che "(...) dal profilo funzionale ritrovo la signora comunque in condizioni simili del 2004 con un'evidente irritabilità sia del tratto cervicale che lombare ma senza segni neurocompressivi né agli arti superiori né a quelli inferiori.

Alla spalla sinistra persiste una limitazione per la forza e per i movimenti rotatori così come riscontrato allora. La presente pubalgia appare di natura spondilogenica senza alterazioni funzionali dell'anca (con un quadro identico nell'anca segnalato nel 2004).(....)" (XIV, pag. 3 e 4) – , ha concluso che "(....) come già ribadito nel 2004 ritengo la paziente non più idonea a svolgere il lavoro di operaia di fabbrica con le sue mansioni dell'ultimo posto di lavoro. Per un'attività consone alle presenti limitazioni la signora sarebbe invece dal profilo reumatologico tutt'ora abile in forma normale. (...)" (XIV, pag. 4). Al riguardo il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 7 marzo e 28 settembre 2006 (doc. AI 33/1 e 36/1), ha osservato che: " (...) Attuale opposizione : la curante Dr.ssa _____ fa presente che lo stato di salute dell'A. nel corso dell' ultimo anno e mezzo non sia migliorato: in particolare persistenza dei dolori diffusi legati alla sindrome lombovertebrale, con degenza presso la Clinica di _____. Dal allegato rapporto di degenza avvenuta dal 16.10.2005 al 05.11.2005 si può infatti affermare uno stato di salute sostanzialmente invariato in confronto alla valutazione peritale reumatologica Dr. _____ del marzo 2004: le diagnosi sono sostanzialmente invariati, i disturbi soggettivi sono invariati (in particolare, non è riapparsa la sintomatologia radicolare lamentata nel 2003) e anche allo stato oggettivo clinico e radiologico non ci sono reperti sostanzialmente diversi. I dolori ai movimenti della spalla sinistra erano già presenti nel 2004 e sono stati debitamente valutati dal perito sia a livello diagnostico, sia a livello della valutazione della funzionalità (uso del braccio sinistro limitato ad attività sull'altezza di un tavolo). Pure l'artrosi metatarsofalangeale era nota ed le limitazioni nella deambulazione sono state prese in considerazione a livello della valutazione delle limitazioni della funzionalità fisica. Per quanto concerne lo stato psichico, è già noto da anni una distimia reattiva con stato dopo episodio depressivo pregresso: la situazione comunque negli ultimi anni non ha richiesto ne una presa a carico specialistica ne un trattamento farmacologico e pertanto è da valutare di lieve entità, senza influire sulla capacità lavorativa in attività leggera ed adatta. Infatti, anche in occasione del consulto psichiatrico avvenuto in occasione della degenza a _____ viene unicamente posto la diagnosi di disturbo distimico, senza ulteriore trattamento specialistico di seguito (N.B: secondo definizione ICD 10 la distimia è una deflessione cronica dell'umore, della durata di almeno alcuni anni, che non è sufficientemente grave da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva nemmeno di entità lieve). Si conferma quindi uno stato di salute sostanzialmente invariato in confronto alla valutazione peritale reumatologica del marzo 2004 ed in confronto alla valutazione SMR del agosto 2005, come affermato d'altronde dalla stessa curante. Ulteriori accertamenti quindi non sono indicati. (...)." (doc. AI 33/1) " (...) Il rapporto di degenza dell'Ospedale _____ non contiene elementi che possano oggettivare un peggioramento dello stato di salute durevole, con influire sulla capacità lavorativa in attività leggera ed adatta. La degenza era motivata dall'apparizione di un episodio di dolori retrosternali prolungati ed è stato escluso una causa cardiaca, con sintomatologia valutata di origine osteomuscolare. Pure la leggera asma bronchiale diagnosticata, con funzionalità respiratoria nei limiti della norma, non ha nessun influire sulla capacità lavorativa in attività fisicamente leggera. Si può quindi definire il caso senza ulteriori accertamenti medici. (...)." (doc. AI 36/1) e il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 30 ottobre, 19 novembre e 30 novembre 2007, ha rilevato che: " (...) Documentazione medica presentata in sede di ricorso: rapporto dr. _____ del 2.5.2007: presenza di una saltuaria iposmia (difficoltà a riconoscere certi odori). Si tratta qui d'una affezione che può essere fastidiosa ma che non influisce la capacità lavorativa in attività che non richiedono

l'uso dell'odorato (tipo cuoco ecc). rapporto dr. _____ del 2.8.2006: viene riferita una esofago-gastro-duodenoscopia normale salvo presenza di helicobacter. Assenza di patologia di rilievo, la presenza di batteri tipo helicobacter è frequente e non richiede trattamento salvo in presenza di malattia ulcerosa gastro-duodenale, cosa qui non presente. Rapporto dr. _____ del 11.8.2006: già noto, vedi nota SRM del 28.9.2006 Conclusione: La documentazione medica presentata in sede di ricorso non apporta nuovi elementi di rilievo. Non posso che confermare la presa di posizione della dr.ssa _____ del 7.3.2006. (...)." (XI/Bis) " (...) Attualmente vengono presentati i seguenti documenti medici: Rapporto degenza _____ 2005: rapporto già discusso nella nota SMR del 7.3.2006 Rapporto dr. _____ del 11.8.2006: già discusso nella nota SMR del 28.9.2006 Referto di densitometria ossea del 10.5.2007: il risultato indica una osteopenia appena incipiente a carico esclusivo del collo femore. Si tratta qui d'un risultato che indica che l'osso a livello del collo del femore risulta leggermente ridotto di densità. Non si tratta d'una patologia ma d'una situazione fisiologica per una donna di 60 anni, referto che non richiede trattamento e non comporta nessuna sintomatologia. Rapporto dr. _____ del 7.6.2004: viene descritto un alluce rigido a destra. Si tratta di patologia che può causare dolori in posizione eretta prolungata o in caso di spostamenti prolungati. I limiti funzionali presi in considerazione da parte dell'UAI (vedi nota SMR del 9.8 .2005) rispettano pienamente queste limitazioni. (...)." (XV/Bis) " (...) In sede di ricorso viene presentata ulteriore documentazione medica: R apporto dr. _____ del 6.11.2007 (visita del 5.11.2007) ... dal profilo funzionale ritrovo la signora in condizioni simili del 2004. ... paziente tuttora abile in forma normale in attività consone (i limiti funzionali in pratica sono quelli presi in considerazione da parte dell'UAI (vedi proposta SMR del 9.8.2005 Valutazione: - l'attuale rapporto del dr. _____ conferma la validità dei limiti funzionali alla base della decisione UAI - per il lato psichiatrico in presenza d'una problematica del dolore cronico rimando alla presa di posizione SMR del 7.3.2006, valutazione che rimante tuttora valida e pertinente Conclusione: non posso che confermare la validità delle prese di posizione precedenti in assenza d'una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurata. (...)." (XVIII/Bis) Va qui ricordato che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L 'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) In particolare per quanto riguarda all'aspetto

psichiatrico il TCA rileva che il dr. _____, nei rapporti 24 marzo 2004 e 6 novembre 2007 (doc. AI 12/6-10 e XIV), alla diagnosi di sindrome depressiva ha accostato un punto di domanda (doc. AI 12/8 e XIV, pag. 1) e precisato che “(...) non è di mia competenza giudicare se a queste limitazioni dovute agli impedimenti dell'apparato locomotorio si sia aggiunto nel frattempo anche una patologia psichiatrica con impatto sulla capacità lavorativa. (...)” (XIV, pag. 5). La dr.ssa _____ ha poi ritenuto la sindrome depressiva quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. AI 12/1) e nella lettera 27 febbraio 2006 all'Ufficio AI ha solo attestato che “(...) tutto questo [ndr.: si riferisce alla situazione psico-fisica, ai dolori diffusi e in particolare alla sindrome lombovertebrale] incide anche sul lato psichico, con un'esacerbazione di uno stato depressivo che potenzia anche dei disturbi alimentari con conseguente aumento ponderale. (...)” (doc. AI 32/1). A mente del TCA questi certificati – stesi peraltro da medici non specialisti in psichiatria, stringati, generici, privi di diagnosi secondo una classificazione riconosciuta, senza una valutazione delle patologie dell'interessata e del loro influsso sulla capacità lavorativa, senza esporre il decorso della patologia, senza indicare una prognosi e fornire una descrizione dei trattamenti intrapresi – non adempiono ai requisiti richiesti dalla giurisprudenza per ritenere che un rapporto medico abbia valore probatorio (cfr. consid. 2.5 e 2.6) e non sono atti a mettere in dubbio le conclusioni alle quali sono giunti i medici SMR, dr. _____ e dr. _____, circa l'assenza di patologie psichiatriche invalidanti (doc. AI 33/1 e XVIII/Bis sopra riprodotti) (al riguardo, cfr. STF 9C 376/2007 del 13 giugno 2008, nella quale l'Alta Corte ha considerato ininfluenza un certificato medico stilato dallo psichiatra curante, il quale riferisce unicamente dell'inizio di un trattamento specialistico per un episodio depressivo di media gravità, senza tuttavia esprimersi minimamente su un'eventuale incidenza [presente e/o passata] invalidante dei disturbi psichici).

2.8. Appurata una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata e rispettosa delle limitazioni funzionali poste dal mese di ottobre 2004, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico.

Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), nel caso concreto sono determinanti i dati del 2004 visto l'inizio dell'inabilità totale nella sua precedente professione di operaia confezionatrice dal mese di ottobre 2003 (anno in cui conformemente all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI il diritto alla rendita potrebbe nascere). Quanto alla censura circa la possibilità di trovare un'occupazione vista l'età (60 anni) il TCA rileva quanto segue. Nella STF del 30 agosto 2007 nella causa S., I 500/06, il TF ha, in particolare, sviluppato la seguente considerazione: “ (...) 4.4 Va infine ricordato che l'assenza di un'occupazione lucrativa per ragioni estranee a un danno alla salute, quali per esempio le particolari condizioni del mercato del lavoro in una determinata regione, l'età o una formazione insufficiente, non giustifica il riconoscimento di una rendita, l'incapacità di lavoro che ne dovesse risultare non essendo dovuta a una causa per la quale la legge impone all'assicurazione per l'invalidità di fornire prestazioni (DTF 107 V 17 consid. 2c pag. 21; VSI 1999 pag. 246 consid. 1 pag. 247; l'inesigibilità, anche per questioni di età, ad

intraprendere una nuova attività è stata [eccezionalmente] ritenuta nel caso di un'assicurata [al momento della decisione amministrativa in lite] 61enne, la quale, a due anni dalla pensione, aveva dovuto cessare la precedente attività di parrucchiera, svolta per 40 anni, a causa di una situazione allergica, che le consentiva di lavorare solo in ambiente asettico [sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 462/02, pubblicata in SVR 2003 IV no. 35 pag. 107]; cfr. per contro, analogamente al caso di specie, le sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 831/05 del 21 agosto 2006, consid. 4.2, e I 293/05 del 17 luglio 2006, consid. 5.2.2, nelle quali tale inesigibilità è stata negata). (...)” (STF del 30 agosto 2007 nella causa S., I 500/06) Le difficoltà che presenta il mercato del lavoro svizzero rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (STFA inedita del 10 settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'in-teressato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., pag. 83). In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione. 2.8.1. Per quanto concerne il reddito da valido, dalle tavole processuali emerge che, a tale titolo, l'amministrazione ha considerato un importo di fr. 31'200.--, riferito all'anno 2004 (doc. AI 24/1-3 e 26/1). Questo importo non è stato contestato dall'assicurata. 2.8.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg.. Tale reddito va segnatamente determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori

desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Questa Corte, con sentenza del 7 aprile 2008 nella causa D. (32.2007.165), fondandosi sulla sentenza del 20 febbraio 2008 nella causa C., (U 8/07), ha stabilito che “(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)”. Il TF, con sentenza del 23 aprile 2008 nella causa F. (8C_399/2007), ha lasciato aperta la questione a sapere se l’adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (“ deutliche Abweichung ”). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV Nr. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell’8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). 2.8.3. Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall’Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2004 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pag. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pag. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 3’893.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2006, pag. 90), esso ammonta a fr. 4’048.72 mensili oppure a fr. 48’584.64 per l’intero anno (fr. 4’048.72 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Questo Tribunale constata che il salario che l’assicurata avrebbe conseguito nel 2004 quale operaia confezionatrice presso la ditta farmaceutica sua ultima datrice di lavoro (fr. 31’200.--, cfr. consid. 2.8.1), è nettamente inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore cokeria; industria chimica (Tabella TA1 2004, p.to 23,24, livello di qualifica 4: fr. 4’331.-- riportato su 41.6 ore/settimana x 12 mesi = fr. 54’050.88). Ora, conformemente alla giurisprudenza federale sopra esposta (cfr. consid. 2.8.2), posto che dall’incarto non emergono indizi a favore del fatto che fosse intenzione dell’assicurata accontentarsi di un guadagno modesto, il reddito statistico da invalido (fr. 48’584.64) va dunque ridotto del 42.28%, percentuale corrispondente al gap salariale (fr. 31’200.-- contro fr. 54’050.88), e si attesta pertanto a fr. 28’043.05. Vista la capacità lavorativa del 100% in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti – richiamato l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221) – e applicata la riduzione riconosciuta dalla consulente in integrazione professionale del 25% – “(...) 5% per età avanzata e relativa difficoltà di adattamento a nuove professioni – 5% per porto di pesi limitato – 15% per l’insieme delle limitazioni ergonomiche (...)” (doc. AI 24/3) –, il reddito statistico da invalido corrisponde infine a fr. 23’397.14 (fr. 28’043.05 ridotti del 25% = fr. 21’032.28). 2.8.4. In simili circostanze, ritenuto i redditi da valido e da invalido (anno 2004) di fr. 31’200.-- rispettivamente di fr. 21’032.28, il grado d’invalidità deve essere cifrato al 33% ($[31'200.-- - 21'032.28] : 31'200.-- \times 100 = 32.58\%$ arrotondato al 33% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). Alla stessa soluzione, grado d’invalidità non pensionabile, si giungerebbe infine con ogni verosimiglianza anche

volendo aggiornare i redditi al 2007. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, 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. 200.--, sono poste a carico della ricorrente.

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