

TI_GERICHTE 32.2008.56 vom 18. Februar 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.56

FR: TI_GERICHTE 32.2008.56 du 18 février 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.56 del 18 febbraio 2008

Regeste

Viste le risultanze della perizia SAM a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a una rendita, grado d'invalidità non essendo pensionabile

Erwägungen

E. 9

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Dal punto di vista psichiatrico, l'A. non è idonea ad effettuare provvedimenti d'integrazione professionale, in quanto pur essendo le funzioni cognitive inalterate, non è sufficientemente motivata a seguire una scuola per la reintegrazione professionale. Il nostro consulente psichiatra afferma che l'A. presenta un diminuito rendimento, una maggiore esauribilità, inaffidabilità e lentezza. Dal lato neurologico, ricordando che le limitazioni sono date dalla sintomatologia dolorosa radicolare deficitaria, anche con eventuali provvedimenti d'integrazione professionale, secondo il nostro consulente neurologo, rimarrà un'inabilità lavorativa del 30% per quel che riguarda gli aspetti neurologici. Dal lato reumatologico, una reintegrazione o integrazione professionale dovrà tener conto di un'attività lavorativa con le limitazioni descritte dal reumatologo nel suo rapporto di consulenza. Globalmente, in attività meglio adatte allo stato di salute, l'A. può raggiungere un grado di capacità lavorativa nella misura del 70% dal 2005 a tuttora.

E. 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. (...)." (doc. AI 23/8-10) L'Ufficio AI – viste le risultanze della perizia del SAM e ritenuto il rapporto finale 9 gennaio 2008 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 35/1-3) – con decisione 18 febbraio 2008 (doc. AI 41/1-3), preavvisata con progetto 9 gennaio 2008 (doc. AI 37/1-3), ha negato all'assicurata il diritto a una rendita, l'invalidità accertata non essendo di grado pensionabile. 2.7. 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; 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 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite

nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; 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; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed 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 938/05, consid. 3.2) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)." (cfr. STFA del 16 ottobre nella causa N., 9C_142/2008, consid. 2.2) Infine, va ricordato che 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). 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 psicosociale 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, inc. 32.1999.124). 2.8.

Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta 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 periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla sua incapacità lavorativa del 50%, quale operaia di fabbrica, e del 30%, in un'attività adeguata, dal 2005. La dettagliata ed approfondita valutazione pluridisciplinare del SAM non è stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie e/o un peggioramento delle sintomatologie. In particolare, dalla lettera 13 marzo 2008 indirizzata all'avv. RA 1 – nella quale il dr. _____, FMH in neurochirurgia, si è così espresso: “(...) come lei sa, la paziente soffre ormai da diversi anni dolori lombari recidivanti in presenza di una discopatia degenerativa L5/S1 con presenza di Vacuum nel disco e reazione inizialmente edematosa dei piatti vertebrali ora con una sclerosi degli stessi. Incipiente discopatia anche a livello L4/L5. La situazione dal 2003 ad oggi è andata progressivamente peggiorando, sicuramente dal punto di vista soggettivo, ma anche dal punto di vista radiologico c'è un lento peggioramento della situazione con aumento della discopatia in L5/S1 appunto ora con una sclerosi dei piatti vertebrali come indizio di una patologia cronica. Compressioni radicolari non sono presenti. Date le circostanze ci sarebbe in effetti anche la possibilità di procedere anche ad un intervento relativamente importante di fissazione del segmento L5/S1 e protezione del segmento L4/L5. Tuttavia trattandosi di un intervento relativamente invasivo non posso assicurare alla paziente un esito al 100% per cui sono molto prudente nell'indicare quest'intervento, che comunque rimane pur sempre una possibile opzione. (...)” (doc. AI 43/12) – , non è possibile concludere per un peggioramento della situazione valetudinaria intervenuto dopo la perizia del SAM. Il dr. _____ non ha posto delle diagnosi che non siano già state considerate dai periti del SAM, si è riferito ad un periodo (dal 2003 ad oggi) in grande parte già analizzato dai periti (vedi gli atti elencati nella perizia e i giorni in cui l'assicurata è stata a disposizione del SAM e meglio il 16 aprile e il 2, 7 ed 8 maggio 2007; cfr. doc. AI 27/1 e 27/2-11), non ha prodotto e/o menzionato alcun referto radiologico nuovo e nemmeno si è espresso sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Va qui evidenziato che il dr. _____, nel rapporto 21 febbraio 2006 (doc. AI 8/1-3, atto questo menzionato nella perizia del SAM), aveva già osservato e concluso che “(...) l'esame clinico nel 2003 evidenziava una mobilità lombare ridotta e dolente con una palpazione dolente in sede lombosacrale. Un esame neurologico normale con un giving way a sx. La TAC evidenziava una discopatia vacuolare L5/S1. Malgrado diverse terapie conservative, fra l'altro anche degente, la situazione non è molto migliorata. Ho rivisto la paziente in aprile del 2005 fino a dicembre del 2005. In quest'occasioni accusava dolori lombari recidivanti più o meno sempre presenti. Da metà novembre 2004 risultava nuovamente inabile al lavoro al 100%. Una nuova RM del rachide lombare confermava un'importante discopatia L5/S1 ed incipiente L4/L5. Una compressione radicolare non era comunque evidente. [...] All'ultimo esame effettuato il 22.12.05 la paziente accusava forti dolori lombari alla gamba sx con sensazione elettrizzante alle gambe. L'esame clinico evidenziava una mobilità lombare ridotta e dolente in ogni posizione terminale. Un pseudolasègue

bilaterale a 10° con una parestesia diffusa alla gamba sx. Un riflesso a sx mancante. Date le circostanze, con una discopatia vacuolare, quindi relativamente importante, ritengo che in effetti la capacità lavorativa sia senza dubbio limitata almeno al 50% e questo anche in attività leggere ed ergonomicamente confacenti. (...)” (doc.- AI 8/1-2). Al riguardo il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 16 aprile 2008, ha osservato che: " (...) viene presentato certificato medico del dr. _____ del 13.3.2008 - viene in pratica confermata la discopatia L5/S1 senza, secondo il dr. _____, interessamento radicolare. Valutazione: l'attuale rapporto del dr. _____ non contiene nuovi elementi clinici. Le costatazioni del dr. _____ sono ben note e riassunte nella perizia reumatologica del dr. _____. In conclusione: l'attuale documentazione presentata non contiene elementi in favore d'una modifica dello stato di salute dell'assicurata. (...)." (IV/Bis) Il dr. _____, FMH in reumatologia e riabilitazione, nel suo consulto 29 maggio 2007 (doc. AI 27/35-44), nella valutazione ha, tra l'altro, osservato che "(...) le indagini radiologiche hanno mostrato alle radiografie convenzionali risalenti all'anno 2003 una discopatia condrotica a livello L5/S1 ed una leggera scoliosi destro convessa nel passaggio lombare. La RM risalente al 2005 mostra una degenerazione piuttosto significativa del segmento L5/S1 a carattere vacuolare con reazioni edematose dei piatti vertebrali, senza sicuri segni compressivi radicolari delle radici L5 e S1, con presenza di una degenerazione iniziale anche a livello dei segmenti L3/L4 e L4/L5. (...)" (doc. AI 27/43). In merito alle annotazioni 16 aprile 2008 del dr. _____ l'avv. RA 1 si è limitata a comunicare al TCA che la sua assistita "(...) ne contesta integralmente il contenuto. (...)" (VI, cfr. consid. 1.5). Al riguardo occorre ricordare che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale 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 altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Neppure è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo all'ulteriore documentazione medica prodotta in sede di ricorso e meglio: il rapporto 9 aprile 2008 del Servizio psico-sociale di _____ (doc. D), il rapporto 4 settembre 2008 della Clinica _____ concernente la degenza dal 14.08.2008 al 03.09.2008 (doc. E/2) e la lettera provvisoria 26 giugno 2008 della Clinica _____ di _____ (doc. E/2). Il dr. _____, capo dei servizi, la dr.ssa _____, medico assistente, e la psicologa _____, tutti del Servizio psico-sociale di _____, nel rapporto 9 aprile 2008 indirizzato all'avv. RA 1 (doc. D), non hanno attestato una diagnosi nuova e non si sono espressi sulla capacità lavorativa. Il dr. _____, medico responsabile, e la dr.ssa _____, medico assistente, della Clinica _____, rispettivamente la dr.ssa _____, medico ospedaliero della Clinica _____, nei loro referti 4 settembre e 26 giugno 2008 (doc. E/2 e E/1), non si sono espressi sulla capacità lavorativa. Al riguardo, il dr. _____, FMH in medicina generale, e la dr.ssa _____, medico psichiatra, entrambi medici SMR, nelle annotazioni 26 settembre 2008, hanno concluso che "(...) a livello somatico non risultano nuovi elementi dai rapporti presentati. Persiste una problematica lombo-radicolare soggettivamente invalidante in assicurata con importante atteggiamento regressivo, complice probabilmente la tuttora pendente questione

assicurativa. Dal lato psichiatrico la degenza di tre settimane presso la Clinica _____ e i trattamenti medici proposti hanno determinato un miglioramento del quadro psichico. In conclusione non emergono nuovi elementi clinici dalla documentazione presentata.” (XII/Bis). Quanto all’obiezione sollevata con il ricorso e secondo la quale “(...) è evidente che la presenza di ben tre differenti patologie pregiudica la capacità lavorativa della ricorrente ben oltre al 50%. (...)” (I, pag. 3), il TCA si limita a rilevare che la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’incapacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare. Se ne deve concludere che la ricorrente non ha prodotto alcun certificato medico atto a dimostrare che, al momento dell’emanazione dell’atto impugnato (il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b) , i disturbi di cui è affetta incidessero sulla sua capacità lavorativa in maniera superiore a quanto appurato dai periti. Rispecchiando la perizia del SAM, e in particolare i referti specialistici del dr. _____, del dr. _____ e del dr. _____, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), alla stessa può esser fatto riferimento. Inoltre, non essendo l’interessata affetta da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l’incapacità al guadagno dell’assicurata sino all’emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato inoltre l’obbligo che incombe all’assicurata 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 Selbst-verantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialver-sicherungsrecht, 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), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che sino al momento dell’emanazione del querelato provvedimento l’assicurata presentava una capacità lavorativa del 50% quale operaia e del 70% in un’attività adeguata. Ciononostante va fatto presente all’assicurata che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. 2.9. Appurata una capacità lavorativa del 70% in un’attività adeguata, 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 2005 visto l'inizio dell'inabilità – "(...) 100% dal 19.11.04 al 6.11.05, 50% dal 7.11.05 al 4.12.05 e 100% dal 5.12.05 al da stabilire (...)" (doc. AI 7/1) – nella sua precedente professione di ausiliaria di pulizia dal mese di novembre 2004 (anno in cui conformemente all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI il diritto alla rendita potrebbe nascere).

2.9.1. Riguardo all'accertamento del reddito da valido, va ricordato che, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b).

Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare, edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). (...)" Dagli atti risulta che nel 2004 (ultimo anno lavorativo prima del danno alla salute), senza il danno alla salute, l'assicurata ha conseguito un reddito annuo, per un'attività al 50%, pari a fr. 15'678.-- (doc. AI 11/2) . Dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica 16 ottobre 2007 (le cui risultanze sono rimaste incontestate) risulta che l'assicurata va considerata quale salariata al 100% (doc. AI 34/1-2). Di conseguenza – ritenuto quale anno determinante il 2005 e conformemente alla giurisprudenza sopra esposta –, il reddito da valido per l'anno 2005 è pari a fr. 31'669.56 (fr. 15'678.-- x 50 : 100 moltiplicati per la variazione percentuale dei salari dell'1% nell'anno 2005; cfr. tabella B10.2 pubblicata in La vie économique 12-2008, pag. 95) .

2.9.2. Conformemente alla giurisprudenza del TFA, il reddito da invalido è 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, va rilevato che, 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). 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, 10-2007, pag. 91), 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). Aggiornato al 2005 il reddito ipotetico da invalido ammonta poi a fr. 49'048.45 (fr. 48'584.64 x 2115 : 2095; cfr. tabella B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 10-2007, pag. 91). Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2005 (con un grado di occupazione del 100%) quale ausiliaria di pulizia presso il suo ultimo datore di lavoro (fr. 31'669.56 , cfr. consid. 2.9.1), è inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore servizi personali (Tabella TA1 2004, p.to 93, livello di qualifica 4: fr. 3'263.-- riportato su

41.6 ore/settimana x 12 mesi e moltiplicato per la variazione percentuale dei salari dell'1% nell'anno 2005; cfr. tabella B10.2 pubblicata in *La vie économique 10-2007*, pag. 91 = fr. 41'129.46). Ora, conformemente alla giurisprudenza federale sopra esposta, 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. 49'048.45) va dunque ridotto del 23.01%, percentuale corrispondente al gap salariale (fr. 31'669.56 contro fr. 41'129.46), e si attesta pertanto a fr. 37'762.40. Vista la capacità lavorativa del 70% 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 dal consulente in integrazione professionale del 15% – “(...) 5% per attività leggera e del 10% per altre contingenze particolari (alternanza della postura, lungo periodo di inattività, bassa scolarizzazione,...). (...)” (doc. AI 35/3) –, il reddito statistico da invalido corrisponde infine a fr. 38'075.58 (fr. 37'762.40 moltiplicati per 70% e ridotti del 15% = fr. 22'468.62).

2.9.3. In simili circostanze, ritenuti i redditi da valido e da invalido (anno 2005) di fr. 31'669.56 rispettivamente di fr. 22'468.62, il grado d'invalidità deve essere cifrato al 29% ($[31'669.56 - 22'468.62] : 31'669.56 \times 100 = 29.05\%$ arrotondato al 29% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). L'assicurata, senza tuttavia minimamente motivare, ha contestato la riduzione del 15% riconosciuta dall'amministrazione. Al riguardo il TCA si limita qui a rilevare che – a prescindere dal fatto che, per costante giurisprudenza, il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6); egli può tuttavia farlo in presenza di validi motivi (per un caso in cui il TF ha riconosciuto validi i motivi adottati dall'autorità cantonale vedi la STF del 22 ottobre 2008 nella causa P., 8C_675/2008) – anche volendo applicare la deduzione massima possibile del 25% il grado d'invalidità non raggiungerebbe il 40%. In questa evenienza – ritenuto un reddito ipotetico da invalido di fr. 19'825.26 (fr. 37'762.40 moltiplicati per 70% e ridotti del 25% = fr. 19'825.26) – il grado d'invalidità sarebbe del 37% ($[31'669.56 - 19'825.26] : 31'669.56 \times 100 = 37.39\%$ arrotondato al 37% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). Allo stesso risultato, grado d'invalidità non pensionabile, si giungerebbe infine con ogni verosimiglianza anche volendo aggiornare i dati salariali al 2008.

2.10. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 200.-- sono poste a carico della ricorrente.

2.11. Con il ricorso l'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale

prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (U. Kieser, “ATSG – Kommentar”, ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il TCA, chiamato ora a pronunciarsi, ritiene che nella presente fattispecie non sia soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole (cfr. STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA dell'8 febbraio 2001 nella causa B., I 446/00; STFA del 26 settembre 2000 nella causa D.N., U 220/99; STFA del 17 ottobre 2001 nella causa X, 1P.569/2001; STFA del 6 marzo 2001 nella causa E. e E., 5P.426/2000; STFA del 17 maggio 2000 nella causa B., 1P 281/2000; DTF 119 Ia 253 consid. 3b). Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA del 26 settembre 2000 nella causa D.N.; RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251; B. Cocchi/F. Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, ad art. 157, pag. 491-492, n. 1). Per valutare, in sede ricorsuale, la probabilità di esito favorevole è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA del 9 agosto 2005 nella causa M., K 75/05; STFA del 10 agosto 2005 nella causa M., I 173/04; STFA del 29 agosto 2005 nella causa H., I 422/04; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; B. Cocchi/F. Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce della giurisprudenza federale, la presente vertenza doveva apparire, dopo un esame forzatamente sommario, destinata all'insuccesso già al momento della presentazione del ricorso, in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, come esposto ai considerandi precedenti, dagli elementi fattuali emerge in modo chiaro l'impossibilità di riconoscere alla ricorrente il diritto a prestazioni ritenute come, dal 2005, i periti del SAM l'hanno considerata abile al lavoro al 50% quale operaia di fabbrica e al 70% in un'attività adeguata. La conclusione secondo cui la lite era già di primo acchito destituita di esito favorevole si giustifica tanto più se si considera che in sede ricorsuale l'interessata non ha prodotto alcuna valida documentazione medica che potesse attestare il contrario. Anche la contestazione della deduzione riconosciuta nella misura del 15% non è stata minimamente motivata. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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