

TI_GERICHTE 32.2010.69 vom 18. Februar 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.69

FR: TI_GERICHTE 32.2010.69 du 18 février 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.69 del 18 febbraio 2010

Regeste

Riduzione del grado d'invalidità da intero ad un quarto confermata dopo esame degli atti medici

Erwägungen

E. 1

non è ancora da considerare stazionaria, in quanto è previsto un ulteriore intervento chirurgico verosimilmente nel autunno 2003. Sarà pertanto effettuata una revisione del caso a breve termine, non appena si sarà stabilizzata la situazione ” (doc. AI 42-1, sottolineatura del redattore). Del resto la stessa insorgente il 25 maggio 2010 ha affermato che “ la richiesta della ricorrente quale formulata nell’istanza di ricorso del 16 marzo 2010 va pertanto modificata nel senso che a essa è riconosciuto il diritto a una mezza-rendita a decorrere da aprile 2010 ” (doc. VIII). Ne segue che a giusta ragione l’UAI, accertato un miglioramento globale dello stato valetudinario della ricorrente, ha proceduto alla revisione della rendita. La documentazione prodotta pendente causa dall’insorgente non è atta a sovvertire le conclusioni peritali. Con il certificato dell’11 maggio 2010 il dr. med. _____, specialista FMH angiologia, flebologo, ribadisce infatti la sua precedente valutazione di un’incapacità lavorativa almeno del 50%, già presa in considerazione dai periti dell’UAI (doc. C2 e doc. AI 112-2). Allo stesso modo il rapporto della visita presso la Clinica _____ di _____ del 25 ottobre 2010, come accertato dal medico SMR, dr. med. _____, riporta una diagnosi ortopedica già nota da cui non emergono nuovi elementi clinici di rilievo e dal quale non risulta una modifica dei disturbi rispetto alla valutazione SAM (cfr. doc. XVIII/Bis). Per cui l’indicazione di una totale incapacità lavorativa nella precedente attività degli specialisti _____ altro non è se non una diversa valutazione del medesimo stato valetudinario. Infine l’insorgente ha prodotto un certificato della dr.ssa med. _____ del 3 maggio 2010 la quale, pur concordando “ in linea di massima con le osservazioni ” peritali in ambito psichiatrico ha tuttavia accertato che “ la paziente presenta, a mio avviso, anche uno stato ansioso-depressivo in misura consona alla situazione che sta vivendo ” ed ha valutato l’insorgente “ inabile nella sua professione nella misura del 50% ” (doc. C1). La curante (cfr., per quanto concerne il valore probatorio delle valutazioni dei medici curanti, consid. 6: 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; cfr. DTF 125 V 353), che non ha posto una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (ha infatti affermato che vi è pure uno stato “ ansioso depressivo”, doc. C1), non si è espressa sulla capacità lavorativa in attività adeguata, ma ha affermato che l’interessata è inabile al 50% nella sua precedente attività senza tuttavia specificare in quale modo il quadro clinico limita la capacità lavorativa. La specialista ha evidenziato come l’insorgente “ si presenta curata nel proprio

aspetto, collaborante e disponibile al colloquio ” e “ orientata nei tre domini non presenta alterazioni della memoria (sia a breve che a lungo termine) ”. Inoltre la curante parla di “ lieve diminuzione dell’attenzione e della concentrazione ” e “ lieve pessimismo verso il futuro ” e non ha ritenuto necessario la prescrizione di antidepressivi (“ ancora da valutare eventualmente anche l’introduzione di un antidepressivo al fine di migliorare soprattutto gli aspetti ansiosi ”). Va qui rilevato che con sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009 il Tribunale federale ha affermato: “ (...) 4.2 In questo contesto, il Tribunale cantonale ha giustamente esplicitato il concetto per cui un disturbo psichico non deve necessariamente provocare un’incapacità lavorativa invalidante. Ciò vale in particolare nel caso – come quello di specie – in cui la diagnosi pronunciata mette in evidenza un danno di lieve entità. 4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell’umore che non è sufficientemente grave o nella quale singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio – a seconda delle circostanze – effetti invalidanti (sentenze I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; I 834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; I 488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia “unicamente” una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell’attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008/IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06]).” Inoltre la dr.ssa med. _____ ha affermato di seguire l’insorgente dal “ 14.4.2010 (data del primo colloquio) su segnalazione del medico curante Dr. med. _____ di _____ ” e che lo stato ansioso-depressivo ” è peggiorato di recente ” ciò che “ ha quindi indotto il curante ad indirizzarla alla sottoscritta ” (doc. C1, sottolineature del redattore). Come rilevano la dr.ssa med. _____, SMR, specialista in psichiatria, e il dr. med. _____, SMR, “ l’eventuale peggioramento del quadro clinico è eventualmente avvenuto da nemmeno due mesi e quindi è posteriore alla decisione UAI ” (doc. X/Bis). La valutazione dei medici SMR, trasmessa l’11 giugno 2010 alla ricorrente per conoscenza, non è stata contestata. Ora, va rammentato che secondo costante giurisprudenza del TF, l’autorità giudicante deve limitare l’esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all’epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto il 18 febbraio 2010), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Nella misura in cui ci dovesse essere stato un peggioramento dello stato di salute (psichico) successivo all’emanazione della decisione impugnata, esso dovrà semmai essere l’oggetto di una nuova domanda. Va qui ribadito che queste conclusioni sono state confermate anche dal medico SMR, dr. med. _____ e dalla dr.ssa _____, pure medico SMR e specialista in psichiatria. Va qui evidenziato 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 (sentenza 9C_1070/2008 del 20

agosto 2009, consid. 7.4). Non va poi dimenticato che ancora di recente, con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l'assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). La circostanza che anche il medico curante è uno specialista va relativizzata nel senso che 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 (cfr. sentenza 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, cfr. anche sentenze 9C_607/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3, 9C_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, e I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2). Va ancora evidenziato che per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni del medico SMR, dr. med. _____ (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008), a giusta ragione, l'UAI ha concluso che da giugno 2008 l'interessata è abile al lavoro al 60% (inteso come rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata). 2.7. In concreto, ritenuto che l'incapacità lavorativa della ricorrente nella sua precedente attività lucrativa di laboratorista chimica è del 40%, intesa come riduzione del tempo di lavoro, può esserle assegnata al massimo ¼ di rendita. Infatti, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag.

296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di tutto quanto esposto, visto che l'assicurata presentava dal giugno 2008, secondo la perizia pluridisciplinare del SAM, una capacità al lavoro nella misura del 60 % nella sua precedente occupazione, la ricorrente, per ridurre il danno, doveva continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente professione di laboratorista chimica. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di incapacità lavorativa del 40% della ricorrente nella precedente attività raggiunge il grado minimo di invalidità pensionabile (40%), vi sono i presupposti per concederle al massimo il diritto ad $\frac{1}{4}$ di rendita. In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). A questo proposito nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalidé qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." (sottolineatura del redattore) Ne segue che, se dal raffronto dei redditi dovesse emergere un'inabilità maggiore l'insorgente, in virtù del suo obbligo di sfruttare al massimo la sua capacità lavorativa, avrebbe diritto al massimo ad $\frac{1}{4}$ di rendita, che verrebbe invece soppresso in caso di inabilità inferiore al 40%. 2.8. Per accertare il reddito senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (sentenze 13 giugno 2003 I 475/01 e 23 maggio 2000, 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). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto

percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche sentenza del 30 dicembre 2002, I 56/02). Nel caso in esame, dunque, va preso in considerazione un salario annuo di fr. 62'632 che l'interessata potrebbe conseguire svolgendo la sua precedente attività nel 2008 (cfr. doc. AI 120-1: fr. 57'850 nel 2002 [doc. AI 8-2], aggiornato a fr. 62'632 al 2008 [+ 1,3% nel 2003; + 0,9% nel 2004; + 1,0% nel 2005; + 1,2% nel 2006, + 1,6% nel 2007; + 2% nel 2008]; cfr. la vie économique 6-2010 tabella B 10.2, pag. 95).

2.9. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso 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). 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). Con pronunzia del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, 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) (...)". A questo proposito con sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 il TF ha affermato che: "(...) 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In concreto, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2008 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, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario annuale lordo pari a fr. 51'368 (4'116 : 40 X 41.6 X 12; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008). L'assicurata, quale laboratorista in chimica, avrebbe guadagnato fr. 62'632 nel 2008. Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cfr.

Tabella TA1 p.to 23,24 “ cokeria; industria chimica ”: fr. 4'626 : 40 X 41.6 X 12 mesi = 57'732). Non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla sentenza 8C_44/2009 sopra menzionata. 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. L'Alta Corte 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). In concreto, nel calcolo interno, l'UAI ha tenuto conto di una riduzione del 5% per attività leggere (cfr. doc. AI 120-2). Ritenuto che la riduzione del 5% è conforme alla giurisprudenza sopra menzionata, questo Tribunale non ha motivo per scostarsene. Ne segue che il reddito da invalido di fr. 51'368 va ridotto del 5% a fr. 48'800. Ritenuto che l'interessata può svolgere altre attività confacenti al suo stato di salute nella misura del 60%, il reddito da invalido ammonta a fr. 29'280 che, raffrontato con quello da valido di fr. 62'632, dà un tasso d'invalidità del 53%. Rilevato tuttavia l'obbligo di sfruttare al massimo la sua capacità lavorativa (cfr. consid. 8), l'interessata è tenuta a svolgere la sua precedente attività che le permette di ridurre la sua incapacità lavorativa, e dunque il suo diritto alla rendita, al 40%. In queste condizioni è a giusta ragione che l'UAI ha ridotto la rendita da intera ad un quarto con effetto dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi 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.