

TI_GERICHTE 32.2013.103 vom 22. April 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-04-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.103

FR: TI_GERICHTE 32.2013.103 du 22 avril 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.103 del 22 aprile 2013

Regeste

Rifiuto prestazioni dopo uno stralcio della procedura giudiziaria e rinvio per nuovi accertamenti medici. Conferma della perizia reumatologica. Valutazione economica (reintegrabilità, mercato equilibrato del lavoro e raffronto dei redditi)

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). 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, 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). 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 ; DTF 123 V 176, 122 V 161, 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 2003, pag. 453). 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). Va poi 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).

2.6. 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 a cui è giunto il perito dr. _____, il quale ha compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni secondo la quale – fatto salvo un periodo di inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività dal 9 settembre 2010 al 31 marzo 2011 (intervento di conversione dell'endoprotesi in protesi totale dell'anca destra eseguito il 9 settembre 2010 dal dr. _____, primario della _____ dell'Ospedale _____ di _____) – dalla perizia del dr. _____ – dunque dal 21 settembre 2009 (cfr. doc. 5/1-20 dell'incarto cassa malati) e non, come erroneamente indicato dal dr. _____, dal 26 agosto 2009, data, questa, in cui è stato assegnato al dr. _____ l'incarico peritale – vi è un'incapacità lavorativa del 25% nell'attività abituale di assistente dentale e dello 0% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. In particolare, quanto all'asserita necessità di procedere anche ad un accertamento medico di natura ortopedica – nel ricorso l'insorgente fa valere che, come addotto nelle osservazioni del 17 aprile 2013, "(...) oltre alla refertazione medica reumatologica sarebbe verosimilmente stato utile esplorare anche la componente valetudinaria della paziente da un punto di vista ortopedico, di modo da rendere più completo il quadro clinico dell'assicurata e valutarne l'influenza sulla sua capacità lavorativa. (...)” (I, punto 19 del ricorso a pag. 8) – , a prescindere dal fatto che con la STCA del 13 novembre 2012 questo Tribunale ha omologato la transazione intervenuta tra le parti in base alla quale gli atti andavano rinviati all'ammini-strazione affinché procedesse ad un accertamento di natura medico reumatologica (cfr. consid. 1.1), a ragione l'Ufficio AI nella risposta di causa ha rilevato che "(...) il reumatologo dispone per formazione ed esperienza lavorativa dei mezzi per valutare in modo completo le affezioni all'apparato muscolo scheletrico (STF 9C_547 del 26 gennaio 2010 consid. 4.1). (...)” (IV). Del resto anche nella STF 9C_781/2011 del 14 maggio 2012 – concernente il caso di un'assicurata, afflitta da dolori al piede e alla colonna vertebrale, la quale, nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, era stata valutata, dal profilo somatico, da un neurologo e da un reumatologo, ma non da un ortopedico – l'Alta Corte ha sottolineato la correttezza della valutazione peritale eseguita da un neurologo e da un reumatologo, non ritenendo indispensabile, come invece richiesto dall'assicurata, dovere fare capo anche al parere specialistico di un chirurgo ortopedico (in argomento vedi anche la STCA 31.2012.105 dell'11 ottobre 2012). La dettagliata ed approfondita valutazione del dr. _____ (che disponeva dell'incarto completo dell'assicurata e, quindi, anche dei rapporti 27 settembre 2011 e 8 ottobre 2012 del dr. _____ [doc. AI 130/47-48 e 140/3-4 = doc. A/2]; che sono quindi stati considerati dal perito) non é stata del resto smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie ed è stata confermata anche dal dr. _____ sia nel rapporto finale 13 febbraio 2013 che nelle annotazioni 28 febbraio e 20 aprile 2013 (doc. AI 153/1-4, 155/1 e 161/1). In particolare, viste le limitazioni funzionali poste dal dr. _____, non è possibile concludere, come sembrerebbe pretendere l'insorgente (senza tuttavia in alcun modo provare e/o documentare), per l'impossibilità di svolgere un'attività adeguata a tempo pieno. Non può infatti essere seguita l'insor-gente laddove sostiene, in modo del tutto generico, che "(...)

alla luce di queste limitazioni mal si comprende come possa l'assicurata essere totalmente abile al lavoro in un'attività adatta, che non viene peraltro identificata (...)" (I punto 22 pag. 12). Nemmeno è possibile concludere diversamente avuto riguardo all'ulteriore documentazione medica prodotta in sede di procedura ricorsuale. Il dr _____, primario ad interim della _____ dell'Ospedale _____ di _____ (rispondendo a delle precise domande postegli dall'avv. RA 1; doc. B/2), nella valutazione del 18 luglio 2013, non si è confrontato con la perizia del dr. _____ limitandosi ad esprimere una diversa valutazione della capacità lavorativa (doc. B/1). Al riguardo, il dr. _____, nell'annotazione 5 agosto 2013, ha concluso che "(...) l'attuale certificazione priva di nuovi elementi clinici si limita ad attestare una differente capacità lavorativa rispetto alla valutazione del dr. _____. Non vi sono elementi che possono mettere in forse la valutazione peritale. L'attuale scritto privo di elementi clinici o critiche puntuali non va sottoposto al perito. (...)" (X/1). Anche il dr. _____, nel rapporto 4 settembre 2013 indirizzato al medico curante dr. _____, non si è confrontato puntualmente con le valutazioni del dr. _____ e, senza porre delle nuove diagnosi e/o provare un peggioramento, ha concluso per un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività (doc. C/1). Va qui rilevato che lo stesso specialista, nella risposta dell'8 ottobre 2012 indirizzata all'avv. RA 1, aveva invece attestato che "(...) il grado di capacità lavorativa potrebbe aumentare rispetto al 50% sopra indicato [ndr.: si riferisce al grado di capacità lavorativa nell'attività abituale di assistente dentale] solo nella condizione in cui si limitino nella durata le attività in posizione seduta, eretta e camminando. (...)" (doc. A/2). Il dr. _____, invitato a prendere posizione sul rapporto 4 settembre 2013 del dr. _____ (XVII/1), nel complemento peritale 23 settembre 2013 si è così espresso: "(...) ho letto attentamente la lettera in questione del Prof. _____ [ndr. si riferisce al rapporto del 4 settembre 2013] che non contiene, per quanto riguarda le patologie, elementi oggettivi nuovi, non già noti al momento della valutazione peritale del 5.2.2013; la radiografia realizzata dallo specialista ha potuto confermare una stabilità del materiale protesico, non vi sono indizi per una recidiva tumorale; l'ortopedico parla di una buona funzionalità dell'anca destra ("die Hüftfunktion ist recht gut"), il femore prossimale viene descritto come addirittura parzialmente rigenerato ("das proximale Femur zeigt sogar eine gewisse 'Neogenese'"). L'ortopedico curante non è d'accordo con la valutazione della capacità lavorativa nell'attività svolta come assistente dentale, rispettivamente in attività adatta allo stato di salute di questa paziente 30-enne, questo senza fornire dettagli sulla capacità funzionale e di carico residua. Da parte mia, in assenza di novità rispetto alla valutazione peritale del 5.2.2013, posso soltanto riconfermare la mia presa di posizione per quanto riguarda la capacità lavorativa in attività solita rispettivamente adatta allo stato di salute formulata nel rapporto peritale in questione che si basa sulla capacità funzionale residua annessa al documento peritale. (...)" (XVII/2). Il dr. _____, nello scritto 16 ottobre 2013 indirizzato all'avv. RA 1 (doc. D), ancora una volta senza documentare e tantomeno fornire dettagli sulla capacità funzionale e di carico residua, ha confermato in modo generico di non essere d'accordo con la valutazione del dr. _____, proponendo l'allestimento di una perizia pluridisciplinare. Al riguardo, il dr. _____, nell'annotazione del 22 ottobre 2013, ha concluso che "(...) l'attuale scritto del dr. _____ [ndr.: si riferisce allo scritto del 16 ottobre 2013 indirizzato all'avv. RA 1] non contiene nuovi elementi. Egli conferma la sua valutazione d'una esigibilità del 50%. (...)" (XXIII/1). Va qui ricordato 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 (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). In conclusione, rispecchiando la perizia reumatologica 5 febbraio 2013 del dr. _____ (doc. AI 152/1-10) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5) e non essendo provato un peggioramento dopo il mese di febbraio 2013 e prima del 22 aprile 2013, a ragione l'Ufficio AI ha confermato un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal

E. 9

settembre 2010 al 31 marzo 2011 e, dal 1. aprile 2011, una capacità lavorativa del 75% nell'attività abituale di assistente dentale e del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. In questo senso, la domanda di una perizia giudiziaria (cfr. XXI) va respinta. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre ricordato 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). 2.7. Quanto alla reintegrabilità sul mercato del lavoro il consulente in integrazione, nella valutazione dell'8 marzo 2012 (doc. AI 111/1-2), ritenuta una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata, ha concluso che “(...) l'assicurata ha una percentuale lavorativa del 50% in attività abituale mentre in attività adeguata tale percentuale è pari al 100%. Con il diploma a disposizione esiste la possibilità di svolgere professioni specialistiche solo quale assistente dentale. Per il resto si fa riferimento alla categoria 4.2, ossia professioni semplici e ripetitive. (...)” (doc. AI 111/1). L'insorgente non ha messo in dubbio questa valutazione evidenziando che “(...) alla luce di queste limitazioni [ndr.: si riferisce alla capacità funzionale e di carico residue descritta dal dr. _____ nel suo allegato] mal si comprende come possa l'assicurata

essere totalmente abile al lavoro in un'attività adatta, che non viene peraltro identificata; per cui non è dato a sapere se per svolgerla l'assicurato necessiti di un'adeguata riformazione professionale. (...)” (I punto 22 pag. 12). La questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008, consid. 3; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro 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 (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'intere-ressato 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). Alla luce della suenunciata giurisprudenza questo Tribunale non ha, nel caso concreto, motivo per mettere in dubbio le conclusioni del consulente che non sono, del resto, nemmeno state puntualmente contestate. È inoltre da ritenere che l'assicurata, tenuto conto anche del-l'obbligo di diminuire il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b e 400 consid. 4b con i riferimenti ivi citati) , possa ragionevolmente sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive che non richiedono una preparazione professionale specifica, ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Ad esempio va menzionato il settore dell'industria, in cui possono essere eseguite attività di controllo e di sorveglianza, fisicamente assai leggere, oppure quello dei servizi dove vi sono mansioni che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che non comportano aggravii fisici e possono essere svolte prevalentemente in posizione seduta (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. Va detto pure che le limitazioni indicate dal dr. _____ nell'allegato esame della funzionalità fisica (cfr. doc. AI 152/10) non ostacolano lo svolgimento di tutte le succitate attività che non necessitano una particolare qualifica. Va pertanto ammesso che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività non qualificate che l'interessata, malgrado il danno alla salute e l'assenza di preparazione professionale specifica, sarebbe in grado di esercitare al 100%. 2.8. Per quel che concerne la valutazione economica – ricordato che secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1) per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2011 visto che a quell'epoca era trascorso l'anno di carenza (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e ritenuto che al più presto l'eventuale diritto alla rendita poteva nascere nel mese di novembre 2011 (art. 29 cpv. 1 LAI) – va rilevato quanto segue. 2.8.1. Per determinare il

reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, 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). In concreto, nel 2011 – come indicato dal datore di lavoro e non contestato dall'assicurata (cfr. doc. AI 104/1) –, il reddito da valido ammonta a fr. 62'400.--.

2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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 137 V 73 consid. 5.2; 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 I 222/04 del 5 settembre 2006). Nel 2011, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo pari a fr. 53'383.29 (fr. 4'225.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2010] aggiornati al 2011 e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 11-2013, pag. 86-87] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Stante una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 10% – in correzione della riduzione del 9% di cui alla tabella con valutazione del 10 febbraio 2012 (doc. AI 105/1-3) e conformemente alla STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 confermata dal TF nella STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 ; in concreto, nella fattispecie, vi sono validi motivi per sostituire l'apprezzamento degli organi dell'assicurazione (cfr. DTF 137 V 73 consid. 5.2 e 126 V 80 consid. 5b/cc, a contrario) – il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 48'044.96 (fr. 53'383.29 ridotti del 10% = fr. 48'044.96). 2.8.3. Accertati quindi un reddito da valido di fr. 62'400.-- (cfr. consid. 2.8.1) e da invalido di fr. 48'044.96 (cfr. consid. 2.8.2), si ottiene un grado d'invalidità del 23% ($[62'400.00 - 48'044.96] \times 100 : 62'400.00 = 23\%$) che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3). A titolo abbondanziale va rilevato che anche se si applicasse la riduzione del 15% – deduzione questa che si otterrebbe se si volesse partire dalla deduzione del 13% indicata senza alcun riferimento dall'Ufficio AI nella decisione impugnata, correggendola ai sensi della succitata giurisprudenza – alla ricorrente non andrebbe riconosciuto comunque il diritto ad una rendita. Infatti, in detta ipotesi, il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 45'375.79 (fr. 53'383.29 ridotti del 15% = fr. 45'375.79) e il grado d'invalidità sarebbe del 27% ($[62'400.00 - 45'375.79] \times 100 : 62'400.00 = 27.28\%$ arrotondato al 27% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). Allo stesso risultato, grado d'invalidità non pensionabile, si giunge anche se si volesse procedere ad un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009; 8C_558/2008 del 17 marzo 2009; 9C_776/2007 del 14 agosto 2008 e I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale – come in casu, in base alle risultanze peritali – 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). In concreto, nella sua attività abituale di assistente dentale l'inabilità al lavoro è del 25%. Di conseguenza – confermata la valutazione medica stante la quale dopo un periodo di incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 9 settembre 2010 al 31 marzo 2011, dal 1. aprile 2011 vi è una capacità lavorativa del 75% nell'attività abituale di assistente dentale e del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti (cfr. consid. 2.6) – visto il grado d'invalidità non pensionabile è a ragione che l'Ufficio AI non ha riconosciuto il diritto ad una rendita. 2.9. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione

professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi dell'art. 17 LAI è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b, cfr. anche STCA del 31 ottobre 2011 [32.2011.96]). Inoltre con STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: "(...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...)" (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6) Ne segue che a giusta ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a provvedimenti professionali visto che anche nella presente fattispecie l'insorgente gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale. Inoltre, anche il consulente in integrazione nella valutazione dell'8 marzo 2012 (doc. AI 111/1-2) ha evidenziato che "(...) come già a suo tempo nel citato rapporto TISAF e da recente DDP, l'assicurata ha potenzialmente diritto ad una riqualifica professionale. Idealmente con l'assicurata si era immaginata la possibilità di svolgere un percorso di un anno come assistente in profilassi anche perché l'assicurata sarebbe stata intenzionata a lavorare in un ambito professionale simile a quello svolto finora e perché l'assicurata non voleva investire troppo tempo in una nuova formazione. Tuttavia, dopo che si stava per concretizzare tale possibilità, l'assicurata ha deciso di non aderire al progetto di provvedimento professionale preferendo proseguire con una percentuale del 50% in attività abituale (vedi documentazione recente agli atti). Per quanto riguarda il mio mandato, si giunge dunque al termine non esistendo attuali premesse atte a concretizzare il progetto inserito in DDP. All'assicurata vale la pena garantire la possibilità di ritornare sulla decisione qualora ella ne facesse espressa richiesta. (...)" (doc. AI 111/2). Circa la possibilità di rifiutare un provvedimento professionale nel caso di mancata disponibilità dell'interessato vedi anche la STF 9C_765/2013 del 21 gennaio 2014 consid. 3.4. 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.11. 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. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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