

TI_GERICHTE 32.2014.68 vom 4. April 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-04-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.68

FR: TI_GERICHTE 32.2014.68 du 4 avril 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.68 del 4 aprile 2014

Regeste

Seconda domanda di rendita respinta. Conferma della perizia multidisciplinare, della residua capacità lavorativa in attività adeguate. Mercato equilibrato del lavoro. Correzione del reddito da valido e riconoscimento di un quarto di rendita

Erwägungen

E. 23

maggio 2014, giorno in cui il presente gravame è stato recapito all'ufficio postale (cfr. timbro postale). In sede di risposta, l'amministrazione ha rilevato che la pronuncia contesta è stata inviata mediante posta ordinaria e non raccomandata. Non avendo l'Ufficio AI dimostrato il giorno della notifica della decisione stessa, fa stato quanto affermato dall'avv. RA 1, motivo per cui il presente ricorso risulta essere tempestivo. Nel merito 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) .

2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13). I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

2.5. Nel caso in esame, esaminata la documentazione medica prodotta a seguito della nuova domanda di prestazioni, vista inoltre la necessità di indagare la sarcoidosi diagnosticata nel maggio 2012 (cfr. a tal riguardo STCA citata 32.2012.180 consid. 2.6), l'Ufficio AI ha ordinato una perizia multidisciplinare a cura del SAM. Dal referto datato 11 dicembre 2013 (doc. AI 91) risulta che i periti hanno fatto capo a quattro consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____), pneumologia (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome cervicovertebrale su alterazioni degenerative C5-C6 e C6-C7. Sindrome lombovertebrale con possibile instabilità segmentale a livello L5-S1 su anterolistesi di L5 su S1 di grado I nonché spondilosi a livello di L5 bilaterale con iniziale degenerazione discale a questo segmento. Sindrome ansioso-depressiva. Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Fibromialgia di tipo primario. Stato dopo intervento chirurgico di acromioplastica alla spalla sin. in data 25.6.2004 con borsoscopia e resezione dell'estremità laterale della clavicola per una sindrome d'attrito sottoacromiale ed acromio-clavicolare sintomatica. Stato dopo artroscopia dell'anca sin. in data 22.2.2003 con resezione parziale del labbro acetabolare per dolori cronici con lesione degenerativa. Sarcoidosi stadio I. Obesità con BMI 34 kg/m². (...)" (doc. AI 91/17-18) Alla luce dei singoli consulti specialistici, accertato che le limitazioni della capacità lavorativa sono dovute alle affezioni reumatologica e psichiatrica, i periti del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile nella misura dell'80% nell'attività da ultimo esercitata quale "gestore di un take away di prodotti turchi", inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata. In attività adeguate, i periti hanno concluso: " (...) Dal punto di vista reumatologico il nostro consulente ritiene che in un'attività lavorativa adatta che tiene in considerazione le limitazioni funzionali descritte nel capitolo precedente l'A. è da ritenere abile al lavoro nella forma completa da sempre. Dal punto di vista pneumologico e neurologico, come già descritto nel capitolo precedente, non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. Tenendo in considerazione che dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente valuta un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività lucrativa, si giunge alla conclusione che in un'attività

confacente allo stato di salute, che tiene in considerazione le limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa globale è da considerare nella misura dell'80%, inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, con la stessa evoluzione temporale già descritta nel capitolo precedente. Come casalinga viene valutata una capacità lavorativa nella misura del 90%. Come descritto dal nostro consulente reumatologo non sono indicati provvedimenti di riqualifica o reinserimento professionale. (...)" (doc. AI 91/24) Con rapporto finale 19 dicembre 2013 il SMR ha fatto propria la perizia SAM (doc. AI 93). Con il presente ricorso l'insorgente contesta la succitata valutazione medico teorica, in particolare quella reumatologica.

2.6. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, 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 premorboso, 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001, DTF 130 V 352 e STFA I 384/04 del 23 settembre 2004). 2.7. Nel caso concreto, l'assicurato contesta la perizia multidisciplinare del SAM, in particolare la valutazione reumatologica del dr. _____. In sostanza egli ritiene che le limitazioni fisiche evidenziate dal perito sono in contraddizione con la valutazione della capacità lavorativa, ritenuta dell'80%, nella precedente attività quale venditrice in un chiosco di kebab. 2.7.1. Nel rapporto 7 ottobre 2013 lo specialista in reumatologia, poste le diagnosi di sua competenza esposte al consid. 2.5, rispetto alla precedente perizia del dr. _____ ha potuto constatare dal punto soggettivo un incremento della sintomatologia dolorosa, con situazione oggettiva rimasta stabile per quanto riguarda i reperti clinici e radiologici. Facendo presente che la diagnosi di una sarcoidosi nel 2012 non ha portato ad una modifica del quadro fibromialgico già riscontrato dal precedente perito, il dr. _____ ha evidenziato: " (...) Per quanto riguarda l'aspetto della colonna vertebrale è presente una sindrome cervicovertebrale con bloccaggio della mobilità della colonna cervicale per un atteggiamento difensivo. Le indagini radiologiche risalenti al 2012 mostrano le discopatie conosciute già precedentemente a livello C5-C6 e C6-C7. Come evidenziato alle indagini elettroencefalografiche e dei potenziali evocati riscontrati all'esame neurologico eseguito presso l'Ospedale _____ di _____ nel 2013 non vi sono dati per una compressione o irritazione radicolare alle estremità superiori. La paziente soffre di disturbi crampi formi alle mani da mettere in relazione con la problematica fibromialgica. Per quanto riguarda la colonna lombare la situazione è leggermente diversa, vi è un reperto clinico poco specifico e caratterizzato da dolori diffusi ai movimenti per cui non è possibile valutare la presenza o meno clinicamente di un'instabilità segmentale. Questa si può

evidenziare radiologicamente con una anterolistesi di L5 su S1 di grado I già evidente anche alla perizia del collega reumatologo _____ e già evidenziata su una RM della colonna lombare del 27.01.2009. La situazione dal punto di vista radiologico è rimasta invariata, anche alle radiografie convenzionali da me effettuate con leggera pseudoanterolistesi di L5 su S1 con iniziale degenerazione discale. All'origine di questa anterolistesi vi è una spondilolisi di L5 bilaterale. Il Dr. med. _____ descrive anche un sovraccarico delle faccette articolari. Per quanto riguarda le patologie della spalla sinistra e dell'anca sinistra queste non hanno avuto un'evoluzione negativa da dopo gli interventi chirurgici ai quali la paziente è stata sottoposta. (...)" (doc. AI 91/45-46) Per quel che concerne le limitazioni funzionali, il perito ha ripreso quelle individuate dal dr. _____: "... una limitazione in attività lavorative non ergonomiche per quanto riguarda la colonna vertebrale, per quanto riguarda la colonna cervicale e lombare. Attività in cui è richiesta la flessione e rotazione del tronco, sia per quanto riguarda la colonna cervicale che lombare. Da limitare attività di tipo statico sia in piedi che seduta ed attività lavorative in cui l'assicurata debba alzare pesi superiori ai 10 kg." (doc. AI 91/46). In questo contesto, il dr. _____ ha ritenuto "l'attività professionale di venditrice presso un negozio di articoli turchi e di produzione di kebab l'assicurata può essere ritenuta inabile al lavoro come determinato dal dr. med. _____ nella forma del 10% " (doc. AI 91/46). Ora, contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, questo TCA concorda con la valutazione del perito reumatologo. Per l'attività di venditrice di kebab, in particolare se si pensa alla preparazione dei panini, al taglio della carne dallo spiedo posto in verticale ad altezza uomo oppure agli spostamenti per porgere la pietanza al cliente non è necessario assumere una posizione di flessione e rotazione del tronco, e della colonna cervicale e lombare. Certo che da evitare sono le posizioni statiche sia in piedi che seduta, ma l'attività in concreto di venditrice permette di alternare la posizione, in particolare mettendosi a disposizione uno sgabello da utilizzare nei momenti morti. Pesi di oltre 10 chili non sono da sollevare, eccetto, forse, quando occorre montare sull'apposito apparecchio lo spiedone di carne. Per questa operazione l'assicurata, che gestiva il chiosco (cfr. nota 20 febbraio 2012 dell'ispettore AI; doc. AI 50), poteva farsi aiutare dal suo collaboratore assunto al 50% (cfr. doc. AI 15/1), come pure per la sistemazione negli scaffali della mercanzia. Determinante è tuttavia, come verrà detto nel prosieguo, che il perito ha definito "nella forma completa da sempre" la residua capacità lavorativa in attività adeguate rispettose delle limitazioni fisiche (doc. AI 91/47).

2.7.2. Quanto alla componente psichiatrica (dal punto di vista neurologico e pneumologico non sono state rilevate limitazioni alla capacità lavorativa), con rapporto 21 novembre 2013 il dr. _____, la cui diagnosi psichiatrica è stata riportata al consid. 2.5, ha valutato un'incapacità lavorativa del 20%, precisando che "le limitazioni funzionali dal lato psichico riguardano la scarsa rispondenza alle situazioni dovute all'impegno mentale ed emozionale nei confronti delle problematiche di salute e delle relazioni non risolte" (doc. AI 91-35). Il perito ha poi preso in considerazione i criteri Foerster: " (...) - dal lato psichico si constata una problematica legata alla elaborazione di sintomi somatici per ragioni psicologiche che porta l'A. a manifestare a livello corporale la sua sofferenza interna; - non si constata una vera e propria perdita dell'integrazione sociale quanto piuttosto una tendenza all'evitamento di certe situazioni particolari che creano disagio all'A; - è presente una sintomatologia fisica che riguarda vari apparati ma senza una chiara correlazione morfopatologica." (doc. AI 91/35-36)

2.7.3. Riguardo alla valutazione globale dell'incapacità lavorativa, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono

semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). 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 I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag.485). In una sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - concernente il caso di un assicurato affetto da patologie, invalidanti, sia reumatologiche che psichiatriche - il TCA ha, ancora una volta, avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, che scaturisca da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. Nel caso concreto, nella perizia SAM è stato rilevato: "(...) Il nostro consulente psichiatra descrive che l'incapacità lavorativa psichiatrica non va sommata ad un'incapacità lavorativa dal lato somatico. Il Dr. med. _____ descrive un'elaborazione di sintomi somatici per ragioni psicologiche in primis legati a conflitti intra-psichici e secondariamente alle difficoltà relazioni attuali con il coniuge e la tendenza dell'A. a convertire le reazioni emotive in sintomi somatici poco differenziati. Come già descritto nel rapporto del Servizio Medico Regionale del 17.7.2012, a causa della diagnosi di una sarcoidosi viene riconosciuta un'incapacità lavorativa nella misura del 100% per qualsiasi attività dal momento della diagnosi, ossia dall'8.5.2012. Come anche descrive il nostro consulente in pneumologia, l'A. era poi stata messa a beneficio di una terapia corticosteroidica sistemica in dosaggio progressivamente in riduzione, con buon risultato radiografico e clinico: nel rapporto medico del pneumologo curante Dr _____ del 7.6.2013 non vengono constatate recidive mediastiniche della sarcoidosi descrivendo che la sintomatologia nel decorso è rientrata completamente sotto trattamento con corticosteroidi sistemici ridotto a dosaggi minimi con malattia che risulta asintomatica: l'incapacità lavorativa nella misura del 100% dal punto di vista pneumologico viene pertanto riconosciuta fino al rapporto del Dr. med. _____ del 7.6.2013. Dopo tale data, sulla base di quanto descritto sopra, dal punto di vista fisico e psichico, la capacità lavorativa globale nell'attività da ultimo esercitata come gestore di un take away di prodotti turchi, viene considerato nella misura dell'80%. (...)” (doc. AI 91/23-24) Al riguardo, la ricorrente ho sostenuto che “ i medici affermano che le due incapacità al lavoro non sono sommabili. Però i due spettri di attività che secondo il dr. _____ e secondo il dr. _____ sono impedimenti sono completamente diversi. Però non vi è motivazione di sorta riguardo la non cumulabilità. Orbene, non si possono fare delle affermazioni del genere (addirittura come ha fatto il dr. _____ “ a priori”, senza neppure conoscere le motivazioni degli altri medici-periti) senza neppure motivarle”. Nel caso in esame, in effetti, seppur i singoli specialisti coinvolti nella perizia abbiano sottoscritto “di aver preso atto dei contenuti della stessa e di concordare con le diagnosi e le conclusioni ivi contenute” , non risulta che vi sia stata una discussione fra gli stessi periti, come pure non vi è particolare motivazione circa la non cumulabilità delle incapacità lavorative. Tuttavia, non va dimenticato, come visto, che per lo svolgimento di attività adeguate l'incapacità lavorativa è in sostanza di origine psichiatrica e non somatica, motivo per cui la questione del cumulo non è determinante. Ritenuto come la succitata perizia sia completa, concludente e priva di contraddizioni (DTF 125 V 351), considerato inoltre che l'assicurata non ha prodotto documentazioni che metta in dubbio la fedeltà di tali valutazioni (né del resto aveva inoltrato delle osservazioni in merito al progetto di

decisione), 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 Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'assicurata è abile all'80%, eccetto il periodo allo 0% dall'8 maggio 2012 al 7 giugno 2013, in attività adeguate rispettanti le succitate limitazioni fisiche. Sono queste le attività nella quali l'interessata risulta poter mettere a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa. Infine, 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, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. L'insorgente sostiene che, tenuto conto delle sue importanti limitazioni, le attività adeguate a lei accessibili sono relativamente poche. Sono in particolare escluse "tutte le professioni che richiedono una posizione seduta o in piedi per svariato tempo, che richiedono di piegare il corpo in avanti, di fianco che richiedono portare pesi". Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. È poi utile segnalare che, 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 (cfr. DTF 119 V 347; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). In tal senso, l'amministrazione ha fatto riferimento alla categoria 4.2 (attività semplici e ripetitive) della tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica. Il TF ha inoltre ricordato che "nel caso di un invalido che, dopo l'insorgenza del danno alla salute, può compiere soltanto lavori leggeri e non impegnativi dal punto di vista intellettuale, il relativo reddito è di principio determinato in base alla media del salario lordo (valore totale) conseguibile per attività semplici e ripetitive (livello di esigenza 4 sul posto di lavoro) nel settore privato in conformità alle tabelle A dell'ISS (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U240/99 del 7 agosto 2001 consid. 3c/cc, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 pag. 347; cfr. pure DTF 129 V 472 consid. 4.2.1. pag. 476 con riferimento)" (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008). In

concreto, quindi, alla luce della giurisprudenza sopra riportata, questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie sul mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che la ricorrente, nonostante le limitazioni fisiche, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa. 2.9. Per quel che concerne la definizione del grado d'invalidità mediante il metodo ordinario, nelle motivazioni della decisione contestata sono indicati i parametri utilizzati dall'amministrazione per definire i redditi sia da valida che da invalida, a cui va fatto riferimento. 2.9.1. 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. il TF nella sentenza 9C_ 501/2013 del 28 novembre 2013 ha rilevato che 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, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. sentenza 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nella fattispecie concreta l'Ufficio AI, come nella precedente decisione del 21 maggio 2012, ha proceduto come segue: "(...) Reddito da valida Visto e considerato che al momento dell'insorgere del danno alla salute, l'assicurata risultava attiva nella gestione di un esercizio per la vendita di kebab e che a livello statistico non vi sono dati inerenti i redditi conseguiti in questo settore, si ritiene opportuno l'utilizzo della tabella TA1, categoria 55.4 (alberghi e ristoranti, attività semplici e ripetitive) per la definizione del reddito da valida. Se non fosse subentrato il danno alla salute, nel 2012 la Signora _____ avrebbe potuto percepire un salario lordo annuo di CHF 45'531.--. (...)" (doc. AI 104/2) Con il presente ricorso, l'assicurata ha, per la prima volta, rilevato: "(...) Nel conteggio l'amministrazione ha preso in conto, quale salario da valido quello che la ricorrente poteva conseguire nel "negozio di kebab". Sennonché risulta evidente dalla lettura degli atti, che la medesima ha dovuto smettere di svolgere la propria attività lavorativa presso la casa per anziani, poiché non era più in grado di lavorarvi all'epoca (era il 2004) allorquando le diverse patologie si erano manifestate. Pertanto dev'essere considerato quale reddito da valido non già quello di inserviente presso un negozio di kebab, bensì quella di ausiliari presso la casa per anziani, professione peraltro valutata. Sia detto di transenna che appare in termini evidenti dalla lettura dell'incarto che l'amministrazione dell'AI sapeva con pertinenza che il salario da

valido doveva essere quello da ausiliaria di cure. Il salario era di molto superiore, pari a oltre fr. 58'586.00 (dato al 2004, come si può arguire dall'annuncio di infortunio accluso). Ritenendo gli aumenti salariali nominativi sino al 2010 incluso, analogamente ai salari RSS ritenuti per calcolare il salario da invalido, si ha un salario da valido al 2010 di fr. 63'867.--. (...) (doc. I, pag. 4) In sede di risposta l'amministrazione ha fatto presente come nell'ambito della precedente decisione 21 maggio 2012 l'aspetto economico (tra cui anche la determinazione del reddito da valida) sia rimasto incontestato. Di conseguenza questo aspetto non è stato esaminato dal TCA nella sentenza 21 febbraio 2013. Siccome ora, nell'ambito della seconda domanda di rendita, l'assicurata ha esplicitamente censurato il calcolo del reddito da valida, questa Corte deve chinarsi su questa problematica, la quale, come si vedrà al consid. 2.8.2, è determinante per l'esito della presente vertenza. Tenuto conto della certificazione del medico curante (dr.ssa _____) il dr. _____ aveva posto l'inizio del danno alla salute nell'ottobre 2007 (doc. AI 41/15) allorquando l'assicurata svolgeva l'attività di venditrice indipendente di kebab. Ora, nella perizia SAM, al capitolo anamnesi professionale, si legge che: "(...) L'A. è nata e cresciuta in _____ e non ha effettuato alcuna formazione professionale. Arriva in Ticino assieme al marito nel 1985. Nel 1987 inizia a lavorare come cameriera ai piani a _____, dal 1988 lavora come ausiliaria di cure dapprima alla Clinica _____ di _____ e dal 1990 al 2005 presso la Casa Anziani _____ a _____. Smette tale attività soprattutto a causa della sintomatologia algica cronica al rachide. Dall'1.1.2006 inizia un'attività indipendente aprendo un take away di prodotti turchi (kebab) in centro _____ (aiutato dalla sorella che lavorava al 50%). L'A. si occupava della preparazione e vendita di kebab ed altri prodotti turchi, carico e scarico di pacchi, pulizia del negozio, ecc. (...)" (Sottolineature del redattore; doc. AI 91/7) In tal senso, nel certificato 9 ottobre 2013 la psichiatra curante, dr.ssa _____, ha attestato: "Dopo l'infortunio la paziente cerca di riprendere il lavoro in casa per anziani ma deve smettere dopo diversi periodi di malattia per i dolori osteoarticolari. Decide di licenziarsi per vergogna di non riuscire più a lavorare e per non pesare sui colleghi che devono sostituirla e/o aiutarla nei compiti più pesanti ..." (doc. AI 90/3). Quindi, è molto verosimile che senza il danno alla salute di natura somatica l'assicurata avrebbe continuato a svolgere la professione di ausiliaria di cura presso una casa anziani. Il reddito percepito dall'assicurata quale ausiliaria di cure nel 2004 era di fr. 58'588.-- (cfr. annuncio d'infortunio in doc. A3), dato che essa stessa lo ha aggiornato all'anno 2010 e corrisponde a fr. 63'867.--. Al 2012 quest'ultimo importo ammonta a fr. 64'442,75 [fr. 64'250.-- nel 2011, adeguamento dello 0,6 secondo la tabella B 10.2 della Seco (settore sanitario, azione sociale)]; nel 2012 a fr. 64'442,75 (adeguamento dello 0,3). 2.9.2. Il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, 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 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). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Conformemente alla citata giurisprudenza, l'amministrazione ha nel caso concreto utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2012) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa a personale femminile in una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.), quantificando per il 2012 un salario statistico di fr. 53'804,90. L'amministrazione ha poi considerato una riduzione di rendimento del 20%, una riduzione di reddito per circostanze personali del 4% per attività leggere, determinando in tal modo un reddito da invalida di fr. 41'322 (cfr. anche scheda 10 gennaio 2014 in doc. AI 95/1). Al riguardo, rettamente l'assicurata ha fatto presente che, conformemente la giurisprudenza, la riduzione percentuale va applicata utilizzando esclusivamente dei multipli di 5 (cfr. a tal riguardo STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, che ha confermato la STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013). La ricorrente sostiene poi che debba essere riconosciuta una deduzione di

almeno il 10% per attività leggere, oltre ad un altro 5% per ulteriori difficoltà nel reperire un'attività lavorativa per via della resa ridotta e delle limitazioni importanti. Secondo questo TCA una riduzione globale del 10% appare giustificata, così come è stata del resto riconosciuta nella decisione 21 maggio 2012. In quell'occasione l'amministrazione aveva riconosciuto una riduzione complessiva del 9% (4% per attività leggere e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), percentuale che, corretta utilizzando i multipli del 5% come da succitata giurisprudenza, va posta al 10%. Un ulteriore aumento del 5% non può essere invece riconosciuto, ricordato come le limitazioni fisiche non sono particolarmente gravi, tant'è che dal punto di vista somatico l'assicurata non presenta alcuna inabilità in attività adeguate. Di conseguenza il reddito da invalida ammonta a fr. 38'738,70 [(80% di 53'804 = 43'043,20; 43'043,20 – (10% di 43'0543,20) = 38'738,70]. Raffrontando un reddito da valida di fr. 64'442,75 con un reddito da invalida di fr. 38'738,70 risulta un grado d'invalidità (pensionabile) del 39,8% che va arrotondato a 40% ($64'442,75 - 38'738,70 \cdot 100 : 64'442,75$). Va da ultimo osservato che – nell'ambito della decisione 21 maggio 2012 – con un succitato reddito da valida l'assicurata non avrebbe comunque presentato un grado d'invalidità pensionabile [$64'442,75 - 48'424,40$ (reddito statistico di fr. 53'804,90 meno riduzione del 10%) $\times 100 : 64'442,75 = 24,8\%$]. Visto quanto sopra, la decisione contestata è modificata nel senso che, trascorsi i tre mesi dal miglioramento, la rendita intera è ridotta ad un quarto dal 1° ottobre 2013. 2.10. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (art. 61cpv. 1 lett. g LPGa). In simili circostanze, visto tutto quanto sopra esposto e considerato l'esito della vertenza, al ricorrente, patrocinato da un legale, va riconosciuto il diritto a ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5). 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. Vista la soccombenza dell'amministrazione, a quest'ultima sono accolte fr. 500.-- di spese e tasse di giustizia.

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