

TI_GERICHTE 32.2016.48 vom 17. Mai 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-05-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.48

FR: TI_GERICHTE 32.2016.48 du 17 mai 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.48 del 17 maggio 2016

Regeste

Revisione della rendita. Conferma delle perizie reumatologica e psichiatrica e del grado d'invalidità che è rimasto invariato. Nessun aumento della rendita

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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche esterne (art. 44 LPGa) eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161; DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Va poi 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). 2.6. Nel caso in esame, nell'ambito dell'ultima procedura di revisione, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia reumatologica e psichiatrica. Nel relativo rapporto del 26 gennaio 2016 il dr. _____, specialista in reumatologia, dopo aver proceduto al riassunto degli atti medici, all'anamnesi e all'esame dei dati soggettivi ed oggettivi, ponendo sostanzialmente le stesse diagnosi come da perizia del 24 agosto 2009 del dr. _____ eseguita nell'ambito della perizia SAM del 18 novembre 2009 e posta a fondamento della decisione 26 febbraio 2010 dell'Ufficio AI (confermata dalla STCA 32.2010.51 del 4 agosto 2010; cfr. consid. 1.2), ha concluso: " (...) VI. Capacità lavorativa 1. Capacità lavorativa nell'attività svolta finora (inclusa la sua evoluzione nel tempo). L'ultimo lavoro svolto della paziente era quello di cameriera ai piani. Nella sua perizia reumatologica del 2009 il Dr. _____ la giudicava inabile in misura del 30% nella sua attività di cameriera ai piani. Tenuto conto del peggioramento progressivo della sintomatologia della paziente con limitazione funzionale ingravescente, della problematica insorta alla spalla sx, nonché della probabile ingravescente artrosi alle dita, l'attività di cameriera ai piani può essere svolta attualmente solo in misura del 50%. Tenuto conto dei documenti a disposizione si può ragionevolmente pensare ad un peggioramento della sintomatologia a partire dallo 01.06.15. Va considerato anche un periodo di incapacità lavorativa totale dallo 01.09.'15 consecutivo all'intervento chirurgico di cui la paziente ha beneficiato, per un periodo di 3 mesi. Scaduto questo periodo vale la valutazione attuale della capacità lavorativa. 2. Capacità lavorativa in un'attività adeguata. La paziente potrebbe svolgere almeno in parte un'attività lavorativa leggera, svolta prevalentemente da seduta, in cui rimanga in piedi o cammini al massimo 30-60 minuti di fila. Deve evitare di camminare su terreni dissestati, salire o scendere frequentemente scale. Deve evitare di sollevare pesi superiori a 5-10 kg e solo occasionalmente. Con le 2 braccia deve evitare lavori vicini o sopra l'orizzontale. Deve evitare anche lavori di precisione causa la problematica di artrosi alle 2 mani. Tenuto conto di queste limitazioni la paziente potrebbe essere considerata abile in mestiere adattato in misura uguale o superiore all'80%. Il 20% di incapacità lavorativa attuale, da considerare come riduzione del rendimento, valutato causa l'aggravamento della sintomatologia della paziente sia a livello di dolori, della problematica alle spalle, e del probabile aggravamento dell'artrosi alle dita delle mani. In attività di casalinga presenta un'incapacità lavorativa del 20% (riduzione del rendimento) per gli stessi motivi. Tenuto conto dei documenti a disposizione si può, ragionevolmente ritenere a partire dallo 01.06.15. (incarto AI pag. 497-498) Egli ha infine rilevato: " (...) VII. Altri quesiti del medico SMR I periti dovranno esprimersi in merito alla cumulabilità o meno delle rispettive IL. Dal punto di vista reumatologico l'incapacità lavorativa sia in attività abituale che in attività confacente è da considerarsi non cumulabile con eventuale incapacità lavorativa legata alla problematica psichiatrica, come discusso con la perita psichiatrica." (incarto AI pag. 498) Per quel che concerne l'aspetto psichiatrico, nel rapporto 1° febbraio 2016, indirizzato al CPAS, la dr.ssa _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha concluso: " (...) L'assetto psichico è sovrapponibile a quello oggettivato dal perito psichiatra nel 2009, così come il riscontro concreto (attività quotidiane e vita di relazione). Il bilancio di risorse e deficit mediante quantificazione secondo schema Mini-icf evidenzia una blanda invalidazione, per quanto concerne il lato psichiatrico. Si conferma quindi il giudizio precedente: inabilità lavorativa del 40% con diminuzione del rendimento per l'ultima attività, che è confacente e attività simili, ovvero semplici, ripetitive, concrete. Nel 2009 il collega non si era espresso sull'inabilità lavorativa come casalinga. Dal lato medico-teorico e considerando gli aspetti

psichiatrici la si giudica pari al 10%, con diminuzione del rendimento. Come richiesto dal medico SMR, si è avuto un confronto telefonico col perito reumatologo Dr. _____, dal quale emerge come nella perizia SAM del 2009 che le inabilità relative al disturbo psichiatrico e a quelli reumatologici vadano integrate e non sommate (motivi illustrati nel paragrafo B7). Rispetto al passato si è confutata la diagnosi emessa in occasione della degenza e ripresa dal curante nell'ultimo rapporto medico. Pertanto si giudica che il grado di invalidazione in attività produttiva sia pari al 40% continuativamente dalla precedente perizia a ora (salvo il periodo della degenza, dal 01.06 al 27.06.2015, in cui l'inabilità lavorativa per motivi psichiatrici totale). Non entrano in merito interventi di reintegrazione professionale, data l'età dell'assicurata e la ' predisposizione molto scarsa della stessa in merito." (incarto AI pag. 512) Fondandosi sulle due perizie, esaminata anche la documentazione medica agli atti, con rapporto 1° dicembre 2015 il SMR ha confermato che l'assicurata è da ritenere inabile al lavoro al 50% nella sua attività abituale e al 40% in attività adeguate con effetto dal 1° dicembre 2015 (dossier AI, pag. 513). Orbene, le succitate perizie non prestano fianco a critiche risultando le stesse complete, dettagliate e coerenti, motivo per cui alle stesse va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5). Né del resto le stesse sono state smentite da successiva documentazione medica. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto il seguente rapporto datato 1° giugno 2016 del dr. _____: " Con decisione del 17 maggio 2016 l'ufficio AI di Bellinzona ha deciso che la paziente ha un grado invariato di invalidità del 44%. La decisione è basata sulle perizie psichiatrica del 21.1.16 e reumatologica del 26.1.16. La capacità lavorativa è stata valutata del 50% nel lavoro di cameriera ai piani e 40% in attività adeguate. Di fatto le condizioni di salute, in particolare fisiche della paziente rendono addirittura difficili l'esecuzione dei lavori di economia domestica a casa. Si tratta di con polimorbosità che è in grado di svolgere solo attività fisiche minime, la percentuale realisticamente immaginabile nelle attività lavorative sopra indicate è del 10-20%. (...)” (doc. A2) Il succitato certificato, generico, non presenta elementi clinici oggettivi atti a definire diversamente il caso dell'assicurata, ma ripropone le problematiche note con diversa valutazione dell'abilità lavorativa. In questo contesto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze peritali CPAS e del dr. _____, alla quali - come detto - va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5), 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, pp.. 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 da dicembre 2015 l'assicurata è abile al 50% nella sua abituale attività e inabile al 40% in attività adeguate rispettanti le limitazioni fisiche evidenziate in sede peritale. 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata ed è rimasto incontestato. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, 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, 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. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, per la determinazione del reddito da valida l'Ufficio AI, non disponendo di affidabili dati dall'ex datore di lavoro (cfr. questionario del 21 giugno 2000 in doc. AI 10), fondandosi sui dati statistici relativi al settore alberghiero (divisione 55, livello di competenze attività semplici e ripetitive) lo ha quantificato, per l'anno 2014, in fr. 47'552.-- Del resto tale importo è sicuramente maggiore di quanto l'assicurata avrebbe percepito da sana nel 2014 tenuto infatti conto che, così come si evince dal relativo attestato per l'assicurazione di disoccupazione (cfr. dossier Disoccupazione pag. 42), nel luglio 1999 alle dipendenze dell'ultimo datore di lavoro essa aveva diritto ad un salario mensile di fr. 2'600.-- (pari a fr. 31'200.-- annui). 2.7.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, 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 un'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). In una sentenza 8C_695/2015 del 19 novembre 2015, il Tribunale federale ha applicato, per la determinazione dei redditi da raffrontare, l'edizione 2012 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), senza alcuna particolare riserva (si vedano pure, ad esempio, le sentenze UV.2014.00277 del 31 agosto 2015 consid. 3.2.2 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo e 200 2015 853 del 17 dicembre 2015 consid. 4.6.2 del Tribunale amministrativo del Canton Berna). Nel giudizio 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 3.4, il Tribunale federale ha confermato l'applicazione da parte del Tribunale amministrativo federale, per la determinazione dei redditi da raffrontare, dell'edizione 2010 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), considerato che la decisione amministrativa litigiosa era stata emessa il 4 gennaio 2013 e l'UAIE non poteva pertanto disporre dei dati del 2012, la cui pubblicazione era avvenuta solo nel corso del mese di ottobre 2014 (cfr. lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, UFAS, del 22 ottobre 2014), consolidando così la giurisprudenza secondo la quale sono determinanti i dati statistici più attuali a disposizione al momento della decisione di rendita (cfr. STF 8C_78/2015 del 10 luglio 2015 consid 4 e 9C_526/2015 dell'11 settembre 2015 consid. 3.2.2). Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da invalido tenendo conto dei dati forniti dalla citata TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica nel 2010 relativo alle attività semplici e ripetitive, operando poi una riduzione di reddito del 15%, il cui risultato, aggiornato al 2014, corrisponde a fr. 26'634.50. 2.7.3. Dal raffronto tra il reddito da valido e quello da invalido risulta un grado d'invalidità del 44%. Allo stesso risultato si giunge anche dovendo applicare la tabella statistica 2012 i cui valori sono superiori a quelli utilizzati dall'Ufficio AI. In conclusione, presentando l'assicurata un grado del 44%, rettamente l'amministrazione non ha aumentato il grado d'invalidità. Ne consegue che la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.8. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico dell'assicurata. La ricorrente ha formulato istanza di assistenza giudiziaria tendente all'esenzione dalle tasse e spese processuali (cfr. art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Va da sé che nel caso in esame non occorre esaminare il presupposto della necessità dell'intervento dell'avvocato, l'insorgente non essendo patrocinato in causa. Nella presente fattispecie la vertenza era palesemente priva di esito favorevole, in quanto la situazione valetudinaria dell'interessata è stata compiutamente valutata tramite le due perizie eseguite in ambito amministrativo, non smentite dal succitato stringato rapporto del medico curante. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti (cumulativi), la domanda di esenzione dalle spese e tasse di giustizia deve quindi essere respinta.

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