

TI_GERICHTE 32.2018.207 vom 22. Oktober 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-10-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.207

FR: TI_GERICHTE 32.2018.207 du 22 octobre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.207 del 22 ottobre 2018

Erwägungen

E. 28

novembre 2017 (cfr. pag. 400-401 incarto AI) e che avevano portato l'UAI a decidere di allestire una perizia pluridisciplinare che ha preso in considerazione le considerazioni della curante (cfr. pag. 433 incarto AI). La dr.ssa med. _____, generalista e dunque, a differenza dei consulenti del _____, non specialista negli ambiti medici qui in discussione, non apporta elementi di novità tali da mettere in dubbio la convincente, approfondita e motivata perizia amministrativa, non si confronta con il contenuto del referto del 17 maggio 2018 e non spiega i motivi per i quali non andrebbe condivisa. Il certificato si esaurisce in sostanza in una descrizione delle già note patologie della ricorrente, accuratamente approfondite in sede peritale sia dal dr. med. _____ (pag. 483-489 incarto AI), per quanto concerne l'aspetto reumatologico, sia dal dr. med. _____ (pag. 490-502 incarto AI) circa l'aspetto psichiatrico, sia dal dr. med. _____ (pag. 477-482) relativamente alle patologie endocrinologiche e diabetologiche. L'attestato del 14 novembre 2018 (doc. A2), succinto e poco motivato, pur giungendo a conclusioni diverse rispetto a quelle dei periti del _____, non è atto a mettere in dubbio il contenuto e le conclusioni della perizia amministrativa. A questo proposito va rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Alla ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Con sentenza 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 il TF ha inoltre rammentato, al consid. 4.2, che “ il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti)” e che “ al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo”. Del resto anche il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato le valutazioni peritali sia in sede amministrativa (cfr. pag. 507 incarto AI), sia in sede ricorsuale (doc. IV/1). A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del

diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Inoltre va rilevato che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; STFA U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurata intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, 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), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti), che l'assicurata è inabile al lavoro nella misura del 50% in attività adatte al suo stato di salute con le limitazioni ivi descritte dal mese di aprile 2017. 2.5. La ricorrente con le osservazioni del 28 gennaio 2019 (cfr. doc. VIII) non ha contestato il nuovo raffronto dei redditi proposto con la risposta di causa (doc. IV/2), sostenendo, come visto (consid. 2.4) a torto, di essere completamente inabile al lavoro. Il calcolo, per i motivi che seguono, va confermato. Circa il reddito da valida, l'ex datore di lavoro dell'interessata, interpellato dall'UAI, ha affermato che senza il danno alla salute il salario dell'insorgente dal 2016 al 2018 sarebbe stato di fr. 35'100 (cfr. pag. 511 incarto AI). Va qui rammentato che 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 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). In concreto l'amministrazione, accertato che l'insorgente da ultimo ha svolto l'attività di operaia nella produzione e montaggio di rulli per stampanti e dunque, secondo i dati evinti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 Rami economici (NOGA08), categoria 31-33, avrebbe potuto conseguire, nel 2016 (dati aggiornati dall'amministrazione sulla base della tabella TA1 2014), un reddito annuo di fr. 54'422, ha calcolato un gap salariale del 35.5%, di cui il 30.5% preso in considerazione nella riduzione del reddito da invalida, come stabilito a suo tempo nel rapporto del 23 ottobre 2008. Questo Tribunale rileva che i dati evinti dalla tabella TA1 2016 Rami economici (NOGA08), categoria 31-33, danno un reddito di fr. 54'643.05 ($4'389 \times 12 : 40 \times 41.5$). Aggiornato al 2017 (anno del peggioramento dello stato di salute; durata normale del lavoro di 41.6 ore e aumento salariale dello 0.5%), il reddito ammonta a fr. 55'048.59, ossia un gap del 36.23%, di cui il 31.23% va ritenuto per la riduzione del reddito da invalida. A questo proposito, utilizzando i dati salariali risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016_tirage_skill_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso - Settore privato; DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'356.- (fr. 4'363.- x 12 mesi). Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale nel 2017 e aggiornandolo secondo l'indice dei salari nominali, il dato statistico corrisponde a fr. 54'789.05 per un impiego a tempo pieno ($52'356 : 40 \times 41.7 : 105 \times 105.4$). Inoltre va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto, l'Ufficio AI, in sede di risposta (doc. IV), ha proceduto ad una riduzione del 10% per attività leggera e altri fattori di riduzione, che l'interessata non ha, rettamente, contestato. Questo Tribunale, che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI con la risposta di causa. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalida di fr. 54'789.05, va diminuito del 50% (riduzione del rendimento) a fr. 27'394.52, poi del 10% (per attività leggera e altri fattori di

riduzione) a fr. 24'655.07 ed infine del 31.23% (gap salariale) a fr. 16'955.29. Raffrontando tale reddito con quello da valida di fr. 35'100 si ottiene un grado del 51.69% arrotondato secondo la giurisprudenza (DTF 130 V 121) al 52%, che dà diritto a ½ rendita AI come proposto dall'amministrazione in sede di risposta, con effetto dal 1° luglio 2017 (tre mesi dopo il peggioramento del mese di aprile 2017; art. 88a cpv. 2 OAI e 88bis cpv. 1 lett. a OAI). In tal senso la decisione impugnata va riformata ed il ricorso va parzialmente accolto. L'importo della rendita sarà calcolato dalla competente Cassa di compensazione, come rilevato dall'amministrazione in sede di risposta. 2.6. 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 delle parti in ragione di metà ciascuno.

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