

TI_GERICHTE 32.2023.15 vom 17. Januar 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-01-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.15

FR: TI_GERICHTE 32.2023.15 du 17 janvier 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.15 del 17 gennaio 2023

Erwägungen

E. 23

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc). 2.7. In sede ricorsuale la ricorrente ha prodotto quali nuove certificazioni il referto del 20 ottobre 2022 dell'_____ (oltre a quello del 31 gennaio 2023 già prodotto), un certificato del 9 aprile 2022 della dr.ssa _____ nonché certificati del 10 gennaio e 3 febbraio 2023 del dr. _____ (doc.DD, FF, GG). Tale documentazione è quindi stata sottoposta al _____, il quale, interpellati i due periti, con complemento peritale del 7 marzo 2023 ha concluso che la documentazione non apportava nuovi elementi oggettivi in grado di modificare le conclusioni diagnostiche della perizia _____ e di conseguenza non erano ipotizzabili modifiche delle risorse fisiche e psichiche dell'assicurata e quindi della sua capacità lavorativa (doc. VII/1). Analoghe conclusioni sono quindi state formulate nuovamente dal _____ con scritto del 24 aprile 2023, in merito a documentazione ulteriormente prodotta, segnatamente un referto del 17 marzo 2023 della dr.ssa _____ (consultorio del piede della clinica _____) e un certificato del curante del 1° marzo 2023 (indicante che la paziente era in sua cura dal 13 gennaio 2017 e che sussisteva un'incapacità lavorativa completa dal 1° al 31 marzo 2023; doc. II). La dr.ssa _____ si è riferita ad una consultazione telefonica avuta con l'assicurata il 14 marzo 2023 e ha posto le diagnosi già note al _____. Per quanto riguardava il piede destro che presentava un dolore cronico, ella ha riferito di aver spiegato all'assicurata che si trattava di una sindrome del dolore neuropatico per la quale, oltre alla terapia neurale, non vi erano opzioni di cura alternative, di conseguenza non si prevedevano ulteriori controlli. Il dr. _____, perito del _____, ha in proposito osservato che “ non riconosco nuovi elementi oggettivi in grado di modificare le mie conclusioni diagnostiche inerenti al mio campo di specialità; si riconfermano dunque anche le conclusioni peritali reumatologiche trasmesse al servizio di accertamento medico il 17 dicembre 2020” (doc. XIV/1). Ora, va senza dubbio prestata adesione alle conclusioni del _____, il quale, dopo attenta e motivata valutazione ad opera dei periti in reumatologia e psichiatria che già avevano peritato l'assicurata in occasione della perizia redatta il 1° aprile 2021, ha concluso che nemmeno queste nuove certificazioni apportavano elementi idonei a modificarne le conclusioni (doc. XVIII/1). Sia peraltro osservato che le certificazioni prodotte dalla ricorrente si esauriscono in parte in attestazioni scarse e immotivate (segnatamente quelle del dr. _____) e per il resto sono riferite a diagnosi e disturbi già noti e ampiamente indagati nell'ambito della perizia del _____ dell'aprile 2021 e dei successivi complementi. Inoltre, ad eccezione di quelle del curante, le stesse non contengono alcuna attestazione di inabilità lavorativa. Quanto al fatto, sottolineato dalla ricorrente, che i dolori le impedirebbero in sostanza di lavorare, va pure osservato che in caso di patologie non completamente oggettivabili, vanno valutati tanti altri fattori. A tal proposito occorre notare che tutti gli specialisti che hanno visitato l'assicurata non hanno comunque valutato la presenza di una sofferenza tale da giustificare

un'incapacità lavorativa. Come del resto sottolineato dalla perita psichiatrica del _____, le limitazioni descritte anche dai responsabili del _____ erano anche rappresentate da fattori extra AI, come la base scolastica scarsa e l'inesperienza, ritenuto che già nella perizia psichiatrica era stato sottolineato che si trattava di una persona semplice, con un grado di scolarizzazione bassa, senza una formazione specifica (cfr. complemento peritale del 14 aprile 2022, doc. AI pag. 576). Inoltre il perito dr. _____ ha pure rilevato la discrepanza tra le lamentele e la terapia antidolorifica assunta, la paziente descrivendo un problema di dolori, ma non assumendo nulla per i dolori. Del resto non si può ignorare che nessuna problematica psichiatrica è stata ritenuta invalidante dalla perita psichiatrica e l'assicurata non risulta essere seguita da alcuno psichiatra o quantomeno nessuna certificazione in tal senso è stata prodotta. Dagli accertamenti peritali essa risulta presentare delle problematiche non invalidanti, a conferma anche della presenza di patologie somatiche tutto sommato blande. Circa poi le critiche mosse alla perizia, ricordato che per la giurisprudenza non sono le diagnosi che determinano l'incapacità lavorativa, ma i limiti funzionali che derivano dalle diagnosi andando valutata l'incapacità nella complessità del quadro clinico, va detto che al _____, e in particolare al perito medico reumatologo, pertiene indiscutibilmente la competenza di una corretta valutazione e contestualizzazione degli esiti degli svariati esami effettuati e sottopostigli per valutazione. In definitiva, l'ampia documentazione prodotta dall'assicurata, sia in fase amministrativa che in questa sede, non ha permesso di anche solo ipotizzare una situazione valetudinaria diversa da quella illustrata dal _____, osservato peraltro che, ad eccezione egli scarni certificati (per lo più non motivati e corredati da diagnosi) resi dal curante, l'ampia documentazione prodotta non contiene alcuna attestazione di inabilità lavorativa. Alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene quindi elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione della decisione contestata (in concreto: il 17 gennaio 2023) data che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti), senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. 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 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Considerato come la ricorrente non abbia apportato indizi concreti atti a minare l'affidabilità della perizia fatta eseguire dall'amministrazione, la sua richiesta di essere fatta oggetto di un nuovo accertamento medico va disattesa. Occorre peraltro nuovamente sottolineare come per la giurisprudenza il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nella perizia e sufficientemente pertinenti per rimetterne in causa le conclusioni (cfr. STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie. Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia bidisciplinare del _____ del 1° aprile 2021 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.4) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e gli svariati successivi complementi nonché gli affidabili pareri del medico SMR (sul

valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. STF I 938/05 del 24 agosto 2006) e richiamato pure il principio per cui l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma la conseguenza dei danni alla salute sulla capacità lavorativa (STF 9C_49/2012 consid. 6), 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 i disturbi accusati dall'assicurata non siano di entità tale da provocare limitazioni dal punto di vista funzionale diverse da quelli stabiliti dalla perizia e che pertanto essa, fatta eccezione per i periodi di inabilità lavorativa completa in ogni attività dal 13 gennaio al 12 luglio 2017, dal 5 al 25 giugno 2019 e dal 21 gennaio al 20 aprile 2020, vada considerata abile in misura del 67% nella sua attività abituale quale addetta alle pulizie delle camere, della cucina e del servizio al tavolo, e nella misura completa in attività adeguate. 2.8. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto sostanzialmente incontestato), alla valutazione dell'Ufficio AI va prestata integrale adesione. Stante al gennaio 2018 (ossia dopo un anno di attesa conformemente all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) un'abilità lavorativa completa in attività leggere adeguate, l'amministrazione ha proceduto al raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità. Conformemente all'art. 16 LPGa (cfr. consid. 2.2), la stessa ha quindi correttamente raffrontato un reddito da valida di fr. 51'121.68 (pari al reddito statistico desumibile dai dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e meglio il reddito statisticamente conseguibile nell'abituale professione da lei esercitata da personale femminile, divisione economica 55-56, servizi di alloggio e ristorazione, per il 2018, considerato come l'assicurata era da tempo non attiva professionalmente) ad un reddito da invalida di fr. 46'479.03 (determinato partendo dai fr. 54'681.21 (fr. 4'371.- mensili, inclusa la tredicesima; STF U 274/98 del 18 febbraio 1999; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) statisticamente conseguibili nel 2018 da personale femminile in attività semplici e ripetitive, che presuppongono qualifiche inferiori e comportano attività semplici e ripetitive nel settore privato svizzero, valore mediano, ritenute esigibili dall'assicurata in base alle suesposte conclusioni medico teoriche, già riportati su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2018, e riducendo tale importo del 15% per tenere conto della necessità di effettuare attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), giungendo ad un grado d'invalidità del 9% ($51'121.68 - 46'479.03 \cdot x 100 : 51'121.68$) che non dà diritto a una rendita. Tale calcolo, rimasto come detto incontestato, ha applicato correttamente le norme applicabili sino al 31 dicembre 2021 (per quanto riguarda le nuove norme valide dal 1. gennaio 2022 in materia di valutazione del grado di invalidità cfr. gli art. 28a LAI, art. 25-26bis OAI; cfr. anche la giurisprudenza del TF riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013), facendo peraltro giustamente capo, per quanto riguarda i salari applicati, ai dati salariali statistici ufficiali (riguardo all'applicabilità dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna, cfr. anche la giurisprudenza del TF, in particolare DTF 142 V 178 consid. 2.5.7, 128 V 174; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. anche RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss). Sia ancora osservato che tale grado d'invalidità va ritenuto, anche considerando che è verosimilmente nello svolgimento di attività leggere adeguate che vi è il minor discapito economico, richiamato nuovamente

l'obbligo per l'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico derivante dal danno alla salute (cfr. DTF 123 V 233). Anche per quanto riguarda la riduzione del 15% applicata dall'amministrazione al salario da invalida, segnatamente per il fattore "attività leggere" (10%) e "svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari" (5%) [in base alla 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 (del 25% al massimo) sul salario teorico statistico (cfr. fra le tante DTF 126 V 80 consid. 5b/cc)], tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 15%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento, ma anzi abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute. Infine, con riferimento alla censura ricorsuale riguardante l'età, al momento determinante della resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 138 V 457), l'assicurata, che è nata il 1° febbraio 1974, aveva 49 anni. Ora, il TF nella STF I 293/05 del 17 luglio 2006, ha ritenuto ancora ragionevolmente esigibile pretendere che un'assicurata, 59enne al momento in cui ha recuperato una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, riprendesse un'attività lavorativa rispettosa dei suoi limiti funzionali, evidenziando che ella aveva ancora a disposizione quasi 5 anni di attività prima di poter beneficiare di una rendita di vecchiaia. Nella STF I 304/06 del 22 gennaio 2007, nel caso di un assicurato di 60 anni totalmente inabile nella sua precedente attività di saldatore, ma abile a svolgere nel corso di un'intera giornata un'attività leggera adeguata con una flessione del rendimento del 30% (per problemi reumatologici e cardiologici), il TF lo ha ritenuto realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato. Nella STF I 359/2006 del 22 giugno 2007, l'Alta Corte, confermando la decisione del 10 marzo 2006 del TCA (cfr. inc. 32.2005.100), ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità (del 100%) sul mercato equilibrato del lavoro da parte di un assicurato, 58enne al momento della decisione AI, dato che dal profilo dell'età non erano realizzate le condizioni per ammettere una totale incapacità di guadagno per mancanza di possibilità reale di sfruttarne la residua capacità (cfr. anche la STF 9C_124/2010 del 21 settembre 2010 concernente un assicurato di 61 anni). Nella fattispecie, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo Tribunale ritiene, da una parte, che l'assicurata può mettere a frutto la sua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro, considerato che ha ancora davanti a sé numerosi anni prima del pensionamento; dall'altra che, come detto, ella può svolgere attività semplici e ripetitive che non necessitano di formazione né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Del resto, va rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale formazione né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR

2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b). Non vi sono dunque motivi per scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione nemmeno per quanto concerne la valutazione economica. 2.9. In simili circostanze, ribaditi i suesposti periodi di inabilità lavorativa dal 13 gennaio al 12 luglio 2017, dal 5 al 25 giugno 2019 e dal 21 gennaio al 20 aprile 2020, considerata dunque la ripresa dell'abilità lavorativa completa in attività adeguate a partire dal 21 aprile 2020, con un conseguente grado di invalidità del 9%, l'assicurata non ha presentato, ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI, un periodo ininterrotto di un anno con almeno il 40% di inabilità lavorativa in media e con un grado di invalidità di almeno il 40% alla scadenza dell'anno di attesa (art. 28 LAI; cfr. anche art. 6 LPGa; cfr. al consid. 2.2), ragione per cui non le può essere riconosciuto il diritto ad una rendita di invalidità. La decisione impugnata merita pertanto conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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 fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente, la quale ha tuttavia postulato l'assistenza giudiziaria gratuita con gratuito patrocinio. 2.11. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato che adempie per analogia le condizioni di iscrizione al registro ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 LLCA (cfr. STF 9C_740/2016 del 31 gennaio 2017; STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; STFA 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181). Nel caso concreto, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dai relativi documenti allegati risulta che la ricorrente, divorziata e senza attività lucrativa, percepisce delle prestazioni dall'assistenza sociale (V). L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere considerato privo di fondamento. I requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata appaiono quindi adempiuti (cfr. DTF 132 V 200 consid. 5.1.3 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_78/2019 del 10 aprile 2019 consid. 7.1 e 7.2). Il gratuito

patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA I 569/02 del 15 luglio 2003 consid. 5; U 234/00 del 23 maggio 2002 consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Inoltre la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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