

TI_GERICHTE 35.2019.24 vom 26. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.24

FR: TI_GERICHTE 35.2019.24 du 26 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2019.24 del 26 settembre 2019

Regeste

Decisione impugnata va riformata nel senso di attribuire all'assicurata, come da lei preteso, una rendita di invalidità del 48% in luogo di quella del 40% stabilita dall'assicuratore infortuni

Erwägungen

E. 21

ottobre 2010. Con valutazione peritale del 21 ottobre 2010, il dr. _____ del SMR, spec. FMH medicina interna generale e esperto SIM, chiamato dall'Ufficio AI a valutare lo stato di salute dell'interessata, ha considerato che le patologie descritte e documentate determinano nell'abituale attività lavorativa di infermiera una inabilità lavorativa del 40% da ottobre 2010, mentre in attività adeguate l'interessata va considerata totalmente abile al lavoro da settembre 2010 (doc. X1). A fronte delle contestazioni ricorsuali, con le quali l'avv. RA 1 ha sottolineato come l'assicurata sia abile al lavoro come infermiera al massimo al 50% (sua percentuale lavorativa), l'avv. RA 2, nella risposta di causa, ha ribadito la correttezza della decisione impugnata, sottolineando che “per determinare le percentuali di inabilità lavorativa, vanno giustamente prese in considerazione solo le conseguenze dell'infortunio del 2008, senza tenere in considerazione ulteriori sinistri occorsi successivamente o conseguenze degenerative di natura infortunistica”. Per tali ragioni, il patrocinatore dell'assicuratore infortuni ha concluso che “era dunque corretto non basarsi sui dati attuali, bensì sulle valutazioni conclusive che erano state fatte nel 2010, in previsione della definizione del sinistro. Si ricorda che il dr. _____ aveva redatto una sua perizia in data 21 settembre 2010, giungendo alla conclusione che a quel momento vi era un grado di inabilità lavorativa del 50%, che avrebbe dovuto migliorare, sino al raggiungimento dello stato di salute stabile, previsto per il 1° dicembre 2010. Tale ulteriore miglioramento lo aveva poi effettivamente registrato il dr. _____, medico SMR AI che nell'ambito della sua valutazione del 21 ottobre 2010 aveva attestato un grado di inabilità lavorativa del 40%, a partire dal mese di ottobre 2010, nella attività abituale” (doc. V). 2.5. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che

facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.6. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA non può concordare con la conclusione alla quale è giunto l'assicuratore infortuni. Va qui, infatti, sottolineato, in primo luogo, come il preteso miglioramento dello stato di salute sostenuto dall'avv. RA 2 nella risposta di causa - tale da portare l'inabilità lavorativa come infermiera dal 50% stabilito dal dr. _____ al 40% valutato dal dr. _____ del SMR - si scontra con il fatto che lo stesso dr. _____, nella propria valutazione del 21 ottobre 2010, chiamato proprio ad esprimersi rispetto all'apprezzamento del dr. _____, ha espressamente indicato che "rispetto alla valutazione clinica del dr. _____ del settembre 2010, oggettivamente situazione invariata" (cfr. doc. X/1, corsivo della redattrice). Inoltre, questo Tribunale evidenzia che la valutazione del dr. _____ del SMR - posta a fondamento della decisione qui impugnata - in materia AI ha dovuto essere ulteriormente approfondita. Infatti, nell'ambito del ricorso presentato dall'interessata contro la decisione del 19 maggio 2011 con la quale l'UAI, visto il miglioramento constatato dal

dr. _____, le aveva assegnato, dopo delle rendite di invalidità transitorie, un quarto di rendita dal 1° dicembre 2010, lo stesso SMR aveva ritenuto necessario un rinvio degli atti per ulteriori accertamenti medici, accettato dall'interessata. Ciò è stato omologato dal TCA con decreto di stralcio 32.2011.184 dell'8 agosto 2011 per intervenuta transazione tra le parti. A seguito di tale rinvio, l'Ufficio AI aveva pertanto ordinato una perizia pluridisciplinare, a cura del _____, sfociata nel referto peritale del 25 giugno 2012, cui era poi seguito un complemento peritale datato 20 febbraio 2013. Entrambe queste valutazioni pluridisciplinari erano giunte alla conclusione che, tenuto conto dell'insieme dei suoi disturbi, l'assicurata andava considerata inabile al lavoro al 50% nella sua professione di infermiera, ma pienamente abile al lavoro nell'esecuzione di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, a partire dal mese di febbraio 2010. Queste conclusioni peritali erano state considerate pienamente probanti e condivisibili dal TCA con sentenza 32.2013.72 del 13 marzo 2014, poi avallata dal Tribunale federale con STF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014. Ora, nonostante il lunghissimo tempo intercorso tra l'emanazione della decisione del 1° marzo 2011 da parte di CO 1 e, dopo opposizione, della decisione su opposizione qui impugnata (del 27 dicembre 2018), l'assicuratore LAINF non ha fatto accenno alcuno alle valutazioni peritali pluridisciplinari del _____ eseguite su incarico dell'Ufficio AI, né alle sentenze cantonale e a quella federale con le quali sono state confermate le relative conclusioni mediche peritali. Al riguardo, se è vero, come sostenuto dall'avv. RA 2 nella risposta di causa, che l'assicuratore infortuni è chiamato a rispondere unicamente dei postumi infortunistici e non di altri disturbi di natura degenerativa o legati ad altri infortuni intervenuti nel frattempo, questo Tribunale reputa sorprendente che CO 1 abbia continuato a basare, anche nella decisione su opposizione del dicembre 2018, le proprie conclusioni sulla valutazione del dr. _____ del SMR del 21 ottobre 2010, la quale, come visto, è stata superata in ambito AI dalle successive valutazioni peritali del _____. Pur tenendo conto del fatto che, in ambito AI, i periti sono chiamati ad esprimersi sull'insieme delle patologie dell'interessata, il TCA non può che constatare come le conclusioni peritali del _____ non abbiano fatto altro che confermare la valutazione a suo tempo già posta dal dr. _____ nel referto del 21 settembre 2010, considerando l'assicurata inabile al lavoro al 50% nella professione di infermiera, ma totalmente abile al lavoro nello svolgimento di attività adeguate alle limitazioni funzionali. Da notare, per inciso, che la misura massima possibile dell'esigibilità espressa dal dr. _____ nella propria valutazione concerneva lo svolgimento di attività adatte, rispettose dei limiti funzionali da egli elencati. Alla luce di tali importanti elementi, totalmente ignorati nella decisione su opposizione qui impugnata, il TCA non può considerare corretto, come invece fatto dall'assicuratore LAINF, ritenere l'assicurata abile al lavoro al 60% nella sua professione di infermiera come a suo tempo valutato dal dr. _____ del SMR nel referto del 21 ottobre 2010. Al contrario, questo Tribunale ritiene che la stessa presenti una capacità lavorativa del 50% nella sua abituale professione di infermiera, come valutato dal dr. _____ il 21 settembre 2010 e come poi confermato dalle due perizie pluridisciplinari del _____ del 25 giugno 2012 e del 20 febbraio 2013. 2.7. Chiariti gli aspetti medici, si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. A tale proposito, l'assicuratore infortuni ha ritenuto di potere fissare il grado di invalidità dell'assicurata, in applicazione del cosiddetto raffronto percentuale, nella misura del 40% corrispondente alla percentuale di inabilità lavorativa dell'assicurata nella professione abitualmente svolta di infermiera. Tale risultato, alla luce di quanto sopra esposto a proposito della capacità lavorativa residua dell'interessata, dal

profilo medico, nella professione di infermiera (del 50%, cfr. consid. 2.6.), non appare corretto e non può quindi essere avallato dal TCA. Inoltre, questo Tribunale rileva che, nella STF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014, il Tribunale federale, confermando la STCA 32.2013.72 del 13 marzo 2014, ha ritenuto corretto, nella determinazione del reddito da invalido, fondarsi sul reddito teorico risultante dalla TA1 dei RSS conseguibile dall'interessata nello svolgimento di un'attività al 100% leggera, adeguata e rispettosa delle sue limitazioni funzionali, anziché sul salario concretamente percepito come infermiera diplomata attiva al 50%. L'Alta Corte, ricordato l'obbligo di ridurre il danno che incombe agli assicurati, ha evidenziato che nel caso di specie l'assicurata, svolgendo la propria attività di infermiera al 50%, non sfrutta appieno la sua capacità lavorativa residua, che è del 100% in attività adeguate alle sue limitazioni funzionali. Per tali ragioni, il TF ha confermato che il reddito da invalido va calcolato secondo i salari statistici a tempo pieno e non considerando lo stipendio effettivo di infermiera al 50%, sottolineando che "se è vero che nella determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione concreta, è però anche vero che il suo reddito effettivo troverebbe applicazione soltanto se l'attività fosse svolta sfruttando appieno la propria capacità lavorativa residua (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301 con riferimenti; 126 V 75 consid. 3 b/aa pag. 76), ciò che appunto in concreto non è il caso" (STF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.1.). Conformemente a quanto già calcolato da questo Tribunale nella STCA 32.2013.72 del 13 marzo 2014 cresciuta in giudicato con STF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014, il grado di invalidità della ricorrente, raffrontando il reddito da valida con quello da invalida nello svolgimento di attività adeguate al 100% e ammettendo una riduzione del 10% (che tiene conto sia del fatto che ella possa svolgere solo attività leggere, sia della sua età), risulta essere del 47.6%, arrotondato al 48% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 141). Pertanto, la decisione su opposizione impugnata, con la quale l'assicuratore LAINF ha attribuito all'interessata una rendita di invalidità del 40% dal 1° gennaio 2011, va annullata. Alla stessa va, per contro, assegnata una rendita di invalidità del 48%, così come richiesto dall'avv. RA 1 in sede ricorsuale.

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