

## **TI\_GERICHTE 32.2009.117 vom 14. Mai 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-05-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.117](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.117)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.117 du 14 mai 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.117 del 14 maggio 2009

### **Regeste**

Di regola, nel raffronto dei redditi, un salario superiore a quello che l'assicurato avrebbe conseguito al momento dell'inizio del diritto alla rendita va utilizzato solo se per motivi inerenti alla salute non ha potuto continuare una carriera professionale già intrapresa e che avrebbe terminato

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 (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; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. Nel caso concreto l'interessata ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI il 28 giugno 2008 a causa di un'artrosi e di una discopatia (doc. AI 5-7). L'11 agosto 2008 il Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia della mano ha attestato un'inabilità lavorativa per entrambe le mani del 50% dal 13 settembre 2007, del 100% dal 27 novembre 2007 e dello 0% dal 18 agosto 2008, rilevando tuttavia che " l'inabilità continua al 100% per i problemi dell'ernia del disco all'altezza della colonna lombare " (doc. AI 12-1). Il 12 agosto 2008 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH ortopedia, medico aggiunto di Ortopedia all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, ha attestato la presenza di una discopatia e di una gonartrosi mediale sx dal 1° aprile 2008 (doc. AI 10-2). Il 1° settembre 2008 il medico SMR, dr. med.

\_\_\_\_\_, dopo aver valutato gli atti medici a disposizione ed aver avuto un colloquio con il medico curante, Dr. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, ha proposto una perizia reumatologica ad opera del dr. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna (doc. AI 15-2). La ricorrente è stata visitata dal perito in data 10 ottobre 2008. Il dr. med.

\_\_\_\_\_, dopo aver descritto l'anamnesi remota, sistemica, socio-professionale e osteo-articolare, i disturbi attuali e lo status, aver esaminato la documentazione radiologica e la documentazione medica, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome lombo-vertebrale senza neurologia con/su discopatia L5/S1 con ernia discale mediana leggermente lussata in basso e spondilartrosi, discopatia e spondilartrosi L4/5 e discopatie al passaggio toraco-lombare probabilmente in esiti di M. di Scheuermann, poliartrosi delle mani con artrosi di Heberden di grado lieve-moderato, artrosi di Bouchard dito indice mano sx, rizartriosi bilaterale, con intervento di artroplastica a sx nel novembre 2007 e a dx nell'aprile 2008, disturbi statici e degenerativi dei piedi, piede cavo e piede piano trasverso anteriore d.p., artropatia d'aspetto degenerativo delle articolazioni tarso-metatarsali d.d.p. e la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di gonalgie anamnestiche a sx: lesione meniscale corno posteriore mediale e difetti cartilaginei a carico del condilo femorale mediale e laterale così come della rotula (reperto RMN), st. d. intervento per sindrome del tunnel carpale bilaterale, a sx nel novembre 2007 e a dx nel marzo 2008, St.d. appendicectomia e isterectomia, ipertensione trattata e obesità (BMI 36.2). Il perito ha posto la seguente prognosi: " La paz. ha dunque potuto sospendere la sua attività lavorativa principalmente per i problemi alle mani, per i quali è stata operata di una sindrome del tunnel carpale e di una rizartriosi d.d.p., a sx nel novembre 2007 e a dx nell'aprile 2008. Il risultato di questo intervento è da giudicare molto soddisfacente, tanto che la paz. è attualmente praticamente asintomatica, con unicamente ancora una lieve diminuzione di sensibilità alla mano dx (sensazione ovattata). Ha per contro recuperato la mobilità dei pollici e lamenta solo ancora qualche disturbo in occasione di determinati lavori di forza (per es. a chiudere un rubinetto). Presenta inoltre un'artrosi di Heberden funzionalmente non rilevante e senza particolari dolori associati ed un'artrosi sintomatica dell'articolazione IPP dell'indice della mano sx con una limitazione parziale alla flessione di questo dito. Radiologicamente non sono evidenziabili altre patologie osteoarticolari. La situazione può dunque essere considerata stabilizzata alle mani, con possibilità naturalmente di un ulteriore probabile recupero della sensibilità alla mano dx, ad eccezione dell'artrosi della IPP II dell'indice sx, la quale potrebbe presentare un carattere evolutivo. Per quanto riguarda i dolori lombari, questi corrispondono effettivamente a delle alterazioni discali degenerative dei segmenti lombari bassi e più in particolare di quello lombosacrale. I dolori sono strettamente meccanici e sono ultimamente migliorati grazie alla fisioterapia e al riposo relativo. Anamnesticamente vi è stato un periodo in cui la paz. ha avuto dei dolori irradianti posteriormente agli arti inferiori, attualmente non sono tuttavia presenti dei segni radicolari irritativi o deficitari. La situazione sembra dunque ben compensata, anche se con una lieve limitazione dolorosa di movimento a livello lombare, in assenza sforzi fisici particolari e con un adeguato trattamento fisioterapico. I dolori che la paz. ha avuto in passato a livello della colonna toracica sono con ogni probabilità da riferire a delle alterazioni degenerative secondarie a livello toraco-lombare in esiti di una distrofia di Scheuermann. La paz. è per contro attualmente asintomatica in una situazione di relativo riposo. Per quanto riguarda i dolori ai piedi questi non sono da riferire ad un'origine vertebrale, bensì sono dovuti a delle alterazioni statico-degenerative, per le quali la paz. porta per altro già dei supporti ortopedici. I disturbi non sono peggiorati alla marcia su

terreni piani, dove la paz. può camminare normalmente. Per quanto riguarda i dolori al ginocchio sx, questi sono migliorati con la fisioterapia e l'infiltrazione eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_.

Attualmente la paz. presenta delle ginocchia clinicamente senza particolarità. I disturbi sembrano ricollegabili ad una meniscopatia evidenziata all'esame RMN del marzo u.s. affezione che ha spesso una tendenza evolutiva spontanea favorevole. In caso di ripresa dei disturbi la situazione andrà naturalmente rivalutata dal punto di vista ortopedico." (doc. AI 24-8/9)

A proposito delle conseguenze sulla capacità di lavoro, il perito ha affermato: " La paz. è dunque limitata nella sua attività lavorativa abituale di assistente di cura in casa per anziani dalle varie problematiche degenerative elencate sopra, che riguardano principalmente la colonna lombare e le mani, molto meno i piedi ed il ginocchio sx. In ragione delle discopatie lombari, in particolare dell'ernia discale lombosacrale, la paz. è effettivamente limitata nelle possibilità di carico. Può così portare normalmente pesi da 5-10 kg fino ai fianchi. Talvolta fino altezza del busto o sopra le spalle, può sollevare solo talvolta ed in modo ergonomico pesi fino a 15 kg, non oltre. Può tenere solo talvolta la posizione eretta in flessione anteriore, può rimanere in posizione seduta (o seduta-chinata in avanti) o eretta per un'ora senza cambiare posizione. E' limitata nelle rotazioni del tronco e può lavorare solo talvolta in posizione accovacciata o inginocchiata. Può manipolare normalmente oggetti leggeri e fare lavori di precisione, talvolta attrezzi medi, non può per contro manipolare oggetti pesanti. Può camminare normalmente su terreni piani, solo talvolta su terreni accidentati, può salire/scendere normalmente 1-2 rampe di scale. B.2

Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale: Per quanto riguarda la sua attività di assistente di cura risulta un'inabilità lavorativa al 50% dal 13.09 e al 100% dal 23.11.2007. Nel suo certificato medico del 25.06 u.s il Dr. \_\_\_\_\_ riteneva possibile una ripresa lavorativa completa per quanto riguarda il problema delle mani circa 3-4 mesi dopo l'intervento alla mano dx dell'aprile 2008. Da metà agosto 2008 la paz. è dunque da ritenere abile al lavoro al 100% per quanto riguarda la problematica delle mani. A causa dei suoi disturbi lombari la paz. è per contro effettivamente limitata per le attività fisicamente impegnative come mobilizzare o sollevare paz. dipendenti. Risulta per contro ancora abile al lavoro per le altre attività lavorative più leggere inerenti alla sua professione a partire dalla data della presente perizia. Resta dunque da valutare in che misura l'attività lavorativa della paz. è compromessa dal fatto di non poter più alzare dei paz. dipendenti e se tale attività lavorativa sia ancora proponibile senza questa parte di attività." (doc. AI 24-10)

A proposito della possibilità di migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale, il perito ha affermato: " La capacità lavorativa della paz. può essere migliorata se fosse possibile esimerla da quella parte di attività lavorative in cui è limitata, dunque dal mobilizzare o sollevare paz. dipendenti. In tal caso, se fosse adibita a lavori più leggeri (pianificazione delle cure, somministrazione di medicinali ecc.), può essere ritenuta attualmente una capacità lavorativa sull'arco dell'intera giornata con una limitazione del rendimento del 10-20% al massimo." (doc. AI 24-11)

Per quanto concerne il grado in altre attività lavorative, il perito ha affermato: " Un'attività lavorativa adeguata alle condizioni della paz. sarebbe dunque un'attività leggera e variata, in cui analogamente a quanto descritto sopra vi sarebbe una capacità lavorativa completa con una limitazione del rendimento del 10-20% a partire dalla data della perizia." (doc. AI 24-11)

Sulla base della sopra citata perizia, il medico SMR, Dr. med. \_\_\_\_\_, ha concluso che " l'assicurata non può svolgere tutte le attività di assistente di cura in quanto non può alzare pazienti dipendenti, mentre che potrebbe assumere le altre attività, fisicamente meno impegnative, con un rendimento ridotto del 10-20% ." (doc. AI 28-2)

In sede di osservazioni al progetto di decisione

l'assicurata ha fatto valere il sopraggiungere di nuove patologie che hanno portato ad un'inabilità lavorativa completa anche dopo il 31 gennaio 2009 a causa di problematiche al ginocchio di tipo degenerativo, condropatia retrorotulea, cisti sinoviale sovra-condilare mediale (doc. AI 42-2 e 42-3). A questo proposito ha allegato un certificato del medico curante \_\_\_\_\_ che ha attestato un'inabilità al lavoro al 100% dal 28 gennaio 2009 per circa 3-4 settimane (doc. AI 42-6). Il 7 aprile 2009 il medico SMR, Dr. med. \_\_\_\_\_, al riguardo si è così espresso: " Certificato Dr. \_\_\_\_\_ del 3 febbraio 2009: inabile al lavoro al 100% dal 28 gennaio 2009 per 3-4 settimane (infortunio del 28 gennaio 2009 notificato alla \_\_\_\_\_ Assicurazione LAInf). Risonanza magnetica del ginocchio destro del 6 febbraio 2009 (Clinica \_\_\_\_\_): Esame eseguito in seguito a distorsione e versamento articolare. Meniscopatia degenerativa senza rottura, condropatia rotulea, cisti sinoviale, versamento. Lo stato clinico non è descritto. L'infortunio non del 28 gennaio 2009 è documentato. La risonanza magnetica del 6 febbraio 2009 del ginocchio sinistro evidenzia la presenza di condropatia e di versamento così come quella del 18 marzo 2008 del ginocchio destro, a sinistra però senza rottura del menisco mediale. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha preso in considerazione lo stato articolare quando ha formulato i limiti funzionali all'occasione della sua perizia del 10 ottobre 2008 (rapporto del 10 novembre 2008). Un trauma contusivo è suscettibile di aver provocato un'esacerbazione temporanea dei sintomi, non si è verificato un peggioramento dello stato di salute di lunga durata in assenza di alterazioni traumatiche strutturali." (doc. AI 44-1) In sede di ricorso l'insorgente ha prodotto un certificato del Dr. med. \_\_\_\_\_, medico aggiunto ortopedia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, il quale ha affermato: " (...) In merito al suo scritto del 04.05.09 a mio avviso il suo grado d'inabilità lavorativa nella professione abituale di assistente di cura non può superare il 50% a condizione che l'ambiente di lavoro le permetta un'attività dove non debba sollevare pesi oltre i 10-15 kg. In particolare, evitando attività che sottopongono la colonna lombare e le ginocchia a sforzi intensivi e prolungati o stazione eretta prolungata. Tenuto conto che quanto sopra esposto ed espresso è puramente teorico dal punto di vista ortopedico, a mio avviso, lei dovrebbe risultare inabile al lavoro al 50% con una durata lavorativa massima di 4 ore (in attività lavorative leggere che non portino a sovraccarico la sua colonna lombare ed in particolare gli arti inferiori)." (doc. AI 49-18) Il 23 giugno 2009 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha preso posizione sul predetto referto, affermando: " (...) In data 10 ottobre 2008, l'assicurata è stata sottoposta a perizia reumatologica presso il Dr. \_\_\_\_\_ (rapporto peritale del 10 novembre 2008): L'anamnesi e l'obiettività clinica sono presi in considerazione e messi in relazione con le alterazioni strutturali evidenziate tramite diagnostica per immagini. Di conseguenza sono precisati i limiti funzionali, entro i quali l'assicurata risulta abile al lavoro con rendimento ridotto del 10% dal novembre 2007. Sono aggiunte delle considerazioni riguardanti i requisiti per poter realizzare l'attività abituale con rendimento ridotto del 10-20%. Dopo la perizia, lo stato di salute dell'assicurata non è mutato in modo duraturo. In seguito ad infortunio (evento del 28 gennaio 2009) con trauma distorsivo del ginocchio destro, l'assicurata è stata inabile al lavoro al 100% dal 28 gennaio 2009 per un periodo di 3-4 settimane (certificato Dr. \_\_\_\_\_ del 3 febbraio 2009). Gli accertamenti eseguiti (risonanza magnetica del ginocchio destro del 6 febbraio 2009, Clinica \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) non hanno evidenziato segni per lesioni traumatiche recenti, ma delle alterazioni degenerative paragonabili al referto noto a carico del ginocchio sinistro. Il nuovo rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ non contribuisce nuovi elementi oggettivi rispetto a quanto già preso in considerazione dalla perizia Dr. \_\_\_\_\_ e l'evoluzione successiva dello

stato di salute.” (doc. V) Nel corso del mese di agosto 2009 la ricorrente ha prodotto un certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, il quale ha affermato: " Il medico certifica di aver seguito la paziente dal 31.3.09 al 25.6.09. Presenta diverse patologie ortopediche e reumatologiche. A sapere: - una sindrome lombovertebrale su discopatia e spondilartrosi. - una condropatia femoropatellare bilaterale predominante a destra con anche condropatia condilotibiale sinistra. - un'artrosi multipla delle due mani e uno stato dopo artroplastica bilaterale. - un eccesso ponderale. Di conseguenza, tenendo conto delle patologie menzionate, ritengo la paziente inabile al 100% come assistente di cura. Ritengo invece possibile una capacità lavorativa al 50% in un lavoro leggero adatto, lavoro di tipo amministrativo. Le patologie a livello delle due mani e delle due ginocchia non permettono di prendere in considerazione qualsiasi altra attività lavorativa.” (doc. D) Il 27 agosto 2009 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina generale, medico perito certificato SIM, ha preso posizione sul nuovo certificato, e, dopo aver rivalutato l'intero incarto dell'assicurata, ha evidenziato come “ l'attuale rapporto dr. \_\_\_\_\_ non evidenzia nuove diagnosi o una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione peritale dr. \_\_\_\_\_ .” (doc. X/Bis). Il 3 novembre 2009 la ricorrente ha prodotto numerosi ulteriori certificati medici, chiedendo nuovamente l'allestimento di una perizia neutra. Con certificato del 3 novembre 2009 il Dott. \_\_\_\_\_, medicina generale – complementare, ha affermato di “ aver in cura la suddetta dal 25/X/09 per neuropatie periferiche all'art. coxo-femorale dx ed alla stessa gamba. La Pz. é già portatrice di ernia discale, pertanto è impossibilitata a lavorare (specialmente lavori pesanti) per ulteriori 5 g. s.c.” (doc. M) La dott.ssa \_\_\_\_\_ del Pronto soccorso dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ ha rilevato di aver visitato la paziente il 27 ottobre 2009 ed ha precisato: " Paziente nota ai colleghi della neurochirurgia (Dr. \_\_\_\_\_), che ha eseguito una RMN lombare il 22.10.2009 con riscontro di un'ernia discale L5/S1 con compressione radicolare prevalentemente sinistra ma soprattutto con effetto di massa moderato sul sacco durale e sulla linea mediana con listesi L4/L5 ed una iniziale discopatia a questo livello. La paziente avrebbe dovuto contattare in data odierna il servizio di neurochirurgia per il procedere (intervento di stabilizzazione e fusione da L3 fino a S1 dopo aver effettuato infiltrazioni ed una discografia nel segmento L4/L5. La paziente si presenta in PS in quanto da sabato sera presenta un dolore all'inguine destro che si irradia anteriormente nella coscia destra con occasionalmente cedimenti della gamba destra. Non riferisce deficit degli sfinteri. I dolori si accentuano alla deambulazione ed in posizione supina. Allo status Lasegue negativo, non deficit in forza ne di sensibilità, ROT normovivi e simmetrici.” (doc. L) Il 30 settembre 2009 Dr. med. \_\_\_\_\_, viceprimario del servizio di neurochirurgia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, ha rilevato: " (...) La signora RI 1 di professione è assistente di cura, con una incapacità lavorativa al 100% già da due anni. Problema attuale La signora presenta una storia di patologia dell'apparato locomotore compreso anche una discopatia L5/S1 ed L4/L5. All'esame clinico neurologico non si riscontrano deficit sensitivo motorio; il territorio dermatomerico permette di mettere in relazione la compressione a livello foraminale L5/S1 dovuta ad una grave discopatia con un listesi di grado I e disturbi accusati. Il restringimento del forame di coniugazione di per sé è responsabile del quadro clinico. Esami complementari Ho prescritto un nuovo esame di RM lombare, che verrà eseguito il 22.10.09. Proposta terapeutica Nell'immediato non è indicato un intervento chirurgico di fusione, a maggior ragione considerando il segmento discopatico L4/L5, che è probabilmente asintomatico. Propongo quindi una valutazione sotto il profilo anche investigativo nel meccanismo del dolore con delle infiltrazioni mirate

nelle faccette articolari L5/S1 e periradicolari L5.” (doc. H) Il Dr. med. \_\_\_\_\_ il 22 ottobre 2009 ha affermato: " L'esame mette in evidenza un'ernia discale L5/S1 con una compressione radicolare prevalente a sin, ma si tratta soprattutto di un'ernia che esercita un effetto di massa moderato sul sacco durale e sulla linea mediana vi è un listesi L4/L5 e una discopatia iniziale a questo livello. Desidero riconvocare la signora RI 1 per discussione su un'eventuale intervento chirurgico di stabilizzazione e fusione da L3 fino a S1.

Quest'ipotesi può essere soltanto presa in considerazione dopo una meditata riflessione e dopo aver effettuato delle infiltrazioni mirate con inoltre una discografia nel segmento L4/L5.” (doc. I) La stessa ricorrente, con uno scritto personale del 3 novembre 2009, ha evidenziato l'estrema precarietà del suo stato di salute e ribadito la necessità di procedere con una perizia neutra (doc. G).

## **E. 2.5**

Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per

le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtspre-chung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

2.6. Va innanzitutto rilevato che le parti sono concordi nel ritenere che occorre esaminare se, e in quale misura, la ricorrente può esercitare un'altra attività confacente al suo stato valetudinario. Infatti il perito ha precisato che “ a causa dei suoi disturbi lombari la paz. è per contro effettivamente limitata per le attività fisicamente impegnative come mobilizzare o sollevare paz. dipendenti ” (doc. AI 24-10; cfr. anche doc. AI 24-11: “ la capacità lavorativa della paz. può essere migliorata se fosse possibile esimerla da quella parte di attività lavorative in cui è limitata, dunque dal mobilizzare o sollevare paz. dipendenti ”), ossia proprio una gran parte delle attività che era chiamata ad effettuare presso il suo datore di lavoro (cfr. doc. AI 9-5/6 da cui emerge che l'interessata deve sollevare o portare spesso pesi superiori ai 25kg). Certo, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha precisato che “ risulta per contro ancora abile al lavoro per le altre attività lavorative più leggere inerenti alla sua professione a partire dalla data delle presente perizia ” ma ha evidenziato che “ resta da valutare in che misura l'attività lavorativa della paz. è compromessa dal fatto di non poter più alzare dei paz. dipendenti e se tale attività lavorativa sia ancora proponibile senza questa parte di attività ”, rilevando che “ se fosse adibita solo a lavori leggeri (pianificazione delle cure, somministrazione di medicinali, ecc.), può essere ritenuta attualmente una capacità lavorativa sull'arco dell'intera giornata con una limitazione del rendimento del 10-20% al massimo ” (cfr. anche le affermazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, del 23 giugno 2009, doc. V citato al consid. 2.4).

La descrizione dell'attività esigibile dalla ricorrente (pianificazione delle cure, somministrazione dei medicinali), corrisponde in realtà ad un'attività leggera che non comporta più un lavoro fisico e pesante a diretto contatto con i pazienti come invece lo è quello di assistente di cura. Del resto il consulente in integrazione ha evidenziato nel suo rapporto di intervento tempestivo che “ con il DL siamo riusciti a trovare una soluzione temporanea di tre mesi in qualità di animatrice al 50% dopodiché il DL non è nella condizione di configurare alcuna alternativa professionale rispettosa dei suoi limiti funzionali ” (cfr. anche scritto della ricorrente, doc. G: “(...) ho iniziato da pochi giorni il programma occupazionale come animatrice presso il Centro Diurno di \_\_\_\_\_ (frequentato dagli anziani), ma già dal secondo giorno di lavoro la mia schiena e soprattutto la mia gamba destra hanno ceduto ”). Inoltre l'amministrazione nella decisione impugnata ha stabilito che: “ Secondo la documentazione medica esaminata dal servizio medico regionale dell'AI si evince che l'attività attuale quale assistente di cura (il cui reddito da

sana attualizzato è pari a Fr. 56'620.-) è proponibile in misura del 50% dal settembre 2007 e in misura nulla dal novembre 2007 mentre in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute la capacità lavorativa medico teorica è pressoché completa (riduzione del 10%) dal novembre 2008. (doc. AI 45-1, sottolineatura del redattore) Alla luce di quanto sopra e degli atti medici prodotti dalle parti non può pertanto più essere ritenuto esigibile il lavoro di assistente di cura, malgrado il consulente IP, che del resto non è un medico, nel suo rapporto finale di intervento tempestivo del 26 gennaio 2009 accenni ancora a questa possibilità (cfr. doc. AI 34-2 secondo paragrafo seconda frase: “ Facendo riferimento alle limitazione e a quanto sopra esposto non si esclude neppure l’attività di assistente di cura .”). In queste condizioni resta da esaminare se, e in quale percentuale, può essere esatta dalla ricorrente un’attività leggera confacente al suo stato di salute.

2.7. Questo TCA chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la perizia reumatologica del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, del 10 novembre 2008 (doc. AI 24-1) per quanto concerne la capacità lavorativa completa con una limitazione del rendimento del 10-20% a partire dalla data della perizia in un’attività confacente allo stato di salute della ricorrente con le limitazioni ivi descritte. Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati in precedenza. Il perito, dopo aver visitato la ricorrente, è giunto alla convincente conclusione che l’assicurata è abile al lavoro in maniera completa con una limitazione del rendimento del 10-20% in un’attività leggera confacente al suo stato di salute. Lo specialista dopo aver descritto nei minimi particolari l’anamnesi remota, sistemica, socio-professionale, osteo-articolare e i disturbi attuali, aver esaminato il sistema neurologico ed osteo-articolare, nonché la documentazione radiologica e medica, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome lombo-vertebrale senza neurologia con/su discopatia L5/S1 con ernia discale mediana leggermente lussata in basso e spondilartrosi, discopatia e spondilartrosi L4/5, discopatie al passaggio toraco-lombare probabilmente in esiti di M. di Scheuermann, poliartrosi delle mani con artrosi di Heberen di grado lieve-moderato, artrosi di Bouchard dito indice mano sx, rizartrrosi bilaterale, con intervento di artroplastica a sx nel novembre 2007 e a dx nell’aprile 2008 e disturbi statici e degenerativi dei piedi (piede cavo e piede piano traverso anteriore d.d.p. e artropatia d’aspetto degenerativo delle articolazioni tarso-metatarsali d.d.p.). Il perito si è espresso su tutte le patologie lamentate dall’assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa della ricorrente sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita del 10 ottobre 2008. In concreto non sono presenti elementi che possano far ritenere errata la perizia amministrativa. I certificati prodotti in sede di osservazioni al progetto di decisione ed in sede di ricorso non sono infatti atti a sovvertire le conclusioni peritali, trattandosi per lo più di valutazioni diverse dello stesso stato di fatto. In particolare il certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, del 3 febbraio 2009, si limita ad attestare un’inabilità lavorativa al 100% dal 28 gennaio 2009 per un periodo di 3-4 settimane senza precisare se un’attività leggera e confacente allo stato di salute è esigibile ed in che misura (doc. AI 42-6). Ciò vale anche per i documenti utilizzati per ottenere le indennità giornaliere della \_\_\_\_\_ e della \_\_\_\_\_ (doc. AI 42-4 e 42-5). Allo stesso modo l’attestato del dr. med. \_\_\_\_\_, della Clinica \_\_\_\_\_, del

## E. 2.8

Va ora esaminato se il raffronto dei redditi è stato effettuato correttamente dall'UAI. Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). 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 (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). 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 adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168

pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). A questo proposito, nella citata sentenza RAMI 1993 Nr. U 168 a pag. 100, consid. 3b, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha affermato: " (...) Auch im Normalfall der Invaliditätsbemessung nach Art. 18 Abs. 2 Staz 2 UVG muss praktisch immer mit Hypothesen gearbeitet werden. Dies gilt zumal für das Erwerbseinkommen ohne Invalidität bei welchem nicht auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abgestellt werden darf. (...) Bei der Ermittlung des hypothetischen Einkommens ohne Invalidität ist von dem auszugehen, was der Versicherte aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte (ZAK 1985 S. 635 Erw. 3a). Muss angenommen werden, dass ein Saisonnier seine angestammte Tätigkeit ohne gesundheitsbedingte Leistungsbeeinträchtigung weitergeführt hätte, ist für das Valideneinkommen jener Verdienst heranzuziehen, der an der bisherigen Arbeitstelle erzielt wurde (vgl. ZAK 1989 S. 457 Erw. 3a); dies bedeutet im gegenteiligen Fall, dass nicht auf die tatsächliche Lohnbasis abzustellen ist. Entscheidend ist letztlich immer, was der Versicherte im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegende Wahrscheinlichkeit (BGE 115 V 142 Erw. 8b mit Hinweisen) als Gesunder verdienen würde und als Invalid er verdienen könnte." Con sentenza 8C\_290/2007 del 7 luglio 2008 il TF, a proposito della determinazione del reddito da valido di un dipendente delle FFS che chiedeva di prendere in considerazione un reddito più elevato tenuto conto delle possibilità di carriera, ha affermato: "

### **E. 2.11**

Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.—(ossia il minimo previsto dalla legge, come del resto richiesto dall'insorgente con lo scritto del 18 giugno 2009, cfr. consid. 1.4) sono poste a carico della ricorrente.

### **E. 6**

febbraio 2009 si limita a porre una diagnosi (meniscopatia degenerativa senza rottura, legamenti intatti, Condropatia erosiva retrorotulea, Cisti sinoviale sovra-condilare mediale), senza tuttavia indicare alcunché circa la capacità lavorativa della ricorrente (doc. AI 42-3). Come indicato a questo proposito dal dr. med. \_\_\_\_\_, medico SMR (cfr. sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3), un trauma contusivo, come quello che ha avuto la ricorrente in quel periodo, è suscettibile di aver provocato un'esacerbazione temporanea dei sintomi, ma non ha provocato un peggioramento dello stato di salute di lunga durata in assenza di alterazioni

traumatiche strutturali (doc. AI 44-1). L'attestazione del dr. med. \_\_\_\_\_, medico aggiunto ortopedia all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, del 26 maggio 2009, che certifica un'incapacità lavorativa del 50% in attività leggere che non portino a sovraccarico la colonna lombare della ricorrente ed in particolare gli arti inferiori (doc. B) e quella del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, del 9 luglio 2009, che certifica una capacità lavorativa al 50% in attività amministrative, si rivelano essere delle semplici valutazioni diverse, rispetto al perito, della capacità, per la ricorrente, di esercitare un'attività lavorativa leggera, ma non si confrontano minimamente con il contenuto della perizia del 10 novembre 2008, né indicano per quale motivo le valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ non sarebbero corrette. I due specialisti non attestano la presenza di patologie che non sarebbero già state prese in considerazione dal perito, come rileva il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. X). In particolare il dr. med. \_\_\_\_\_ evidenzia la presenza di una sindrome lombovertebrale su discopatia e spondilartrosi, un'artrosi multipla delle due mani e uno stato dopo artroplastica (doc. D), che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha già preso in considerazione ritenendole patologie con ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. AI 24-7: "sindrome lombo-vertebrale senza neurologia con/su discopatia e spondilartrosi" e "poliartrosi delle mani con artrosi di Heberden di grado lieve-moderato, artrosi di Bouchard dito indice mano sx, rizartrrosi bilaterale, con intervento di artroplastica a sx nel novembre 2007 e a dx nell'aprile 2008"), di un eccesso ponderale che il perito ha ritenuto non avere ripercussioni sulla capacità lavorativa (cfr. doc. AI 24-8: "obesità") e di una condropatia femoropatellare bilaterale dominante a destra con anche condropatia condilotibiale sinistra (doc. D) che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha riassunto nella documentazione radiologica (cfr. doc. AI 24-6: "difetto di sostanza del corno posteriore del menisco mediale in prossimità della sua inserzione ossea, che potrebbe corrispondere ad una vecchia rottura o ad una rottura radiale. Focolai di condropatia 3 sia lungo la convessità condilo femorale interno ed esterno sia lungo la faccia posteriore della rotula."). Va qui rammentato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria rispetto al perito non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. sentenza 9C\_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid, 7.4). Non va infatti dimenticato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) il TF ha già avuto modo di affermare che in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante anche se specialista (sentenza 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009). Infine, per quanto concerne i certificati medici prodotti il 3 novembre 2009, va evidenziato quanto segue. Con il certificato del 30 settembre 2009 il dr. med. \_\_\_\_\_ non si scosta dalle valutazioni peritali laddove afferma che la ricorrente presenta una storia di patologia dell'apparato locomotore compresa anche una discopatia L5/S1 e L4/L5 e che la sintomatologia attuale lamentata è soprattutto in relazione ad una sindrome lombovertebrale con irradiazione radicolare di tipo L5. Egli precisa del resto che all'esame neurologico non si riscontra un deficit sensitivo motorio e che nell'immediato non è indicato un intervento chirurgico in fusione a maggior ragione considerando il segmento discopatico L4/L5 che è probabilmente asintomatico. Certo, lo specialista afferma che l'interessata è incapace al lavoro al 100% da due anni. Egli tuttavia non specifica se ciò vale solo nella precedente attività di assistente di cura o anche per un'attività leggera e confacente al suo stato di salute. Comunque, come già evidenziato in precedenza, anche se così fosse, si tratterebbe semplicemente di una diversa valutazione della capacità lavorativa fondata sulla medesima diagnosi presa in considerazione del perito e dunque non è atta a sovvertire le conclusioni

del dr. med. \_\_\_\_\_, non indicando per quale motivo le conclusioni peritali non sarebbero corrette. Gli altri certificati attestano per la maggior parte una situazione valetudinaria successiva all'emanazione della decisione impugnata (14 maggio 2009). Infatti il dott. \_\_\_\_\_ rileva di avere in cura l'interessata dal 25 ottobre 2009 e certifica l'impossibilità per la ricorrente di lavorare dal 3 novembre 2009 (doc. M), la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha visitato la ricorrente al Pronto Soccorso dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ il 27 ottobre 2009 e descrive una patologia insorta in quel periodo (cruralgia destra di origine non chiara; "dolore all'inguine destro che irradia anteriormente nella coscia destra con occasionalmente cedimenti della gambe destra") e non indica comunque la presenza di eventuali incapacità lavorative (doc. L), ed il dr. med. \_\_\_\_\_, nel certificato del 22 ottobre 2009, si sofferma su una RMN eseguita il medesimo giorno. La data di emanazione della decisione impugnata (in caso, il 14 maggio 2009) segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Secondo costante giurisprudenza del TF, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (fra le tante cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). L'eventuale aggravamento dello stato di salute avvenuto successivamente all'emissione della decisione impugnata non è pertanto atto a provocare una modifica della medesima e darà semmai luogo ad una procedura di revisione se sarà richiesta dalla ricorrente. Alla luce di quanto sopra esposto il TCA deve concludere che dalla perizia del 10 novembre 2008 del dr. med. \_\_\_\_\_, emerge in maniera incontrovertibile che, al momento della valutazione specialistica, l'interessata era capace al lavoro in attività leggera in maniera completa con una diminuzione del rendimento del 10-20%. Va ribadito che fondandosi sulla più volte citata perizia tutti i medici del SMR intervenuti sono giunti alla medesima conclusione (cfr., sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3 e sentenza 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008, consid. 3.2; cfr. anche la sentenza 8C\_407/2007 dell'8 settembre 2008 in ambito di assicurazione contro gli infortuni, dove al consid. 3 il Tribunale federale ha confermato un giudizio di questo TCA dove è stato ritenuto maggiormente attendibile il parere espresso dal medico di fiducia dell'assicuratore resistente). Va a questo proposito ricordato che il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou

de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni del perito e dei medici SMR, è da ritenere dimostrato che l'interessata è abile al lavoro nella misura dell'80-90% in attività leggere. In queste condizioni non risulta necessario procedere con l'allestimento di un'ulteriore perizia come richiesto più volte dall'insorgente, così come all'assunzione di ulteriori prove. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

### **E. 6.1**

A titolo di reddito da valido la Corte cantonale, ritenuta sufficiente la documentazione prodotta, ha considerato il salario che l'assicurato avrebbe realizzato presso le FFS nel 2005, quale artigiano specialista, pari a fr. 62'626.75 annui. Dalle attestazioni del datore di lavoro emerge che il reddito considera, oltre al salario mensile e alla tredicesima, indennità di residenza (fr. 2214.-) e di turno (fr. 720.-). A titolo di reddito da invalido è stato invece computato il reddito giornaliero effettivo (fr. 250.-) conseguito presso la C.\_\_\_\_\_, pari ad un reddito annuo di fr. 57'500.-, non essendovi motivo, secondo il Presidente della Corte, di applicare i dati statistici.

### **E. 6.2**

Non entrano invece realisticamente in linea di considerazione altri motivi di riduzione. In particolare, contrariamente a quanto invoca il ricorrente, l'età (56 anni al momento della decisione amministrativa) non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (cfr. ISS 2004, pag. 65, TA9). Allo stesso modo di quanto si verifica del resto per la cittadinanza svizzera, ritenuto che anche questo fattore consente di conseguire, statisticamente, un reddito superiore al valore mediano (cfr. ISS 2004, pag. 69, TA12; cfr. pure sentenza 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2). Per contro, in considerazione del genere di attività (semplici e ripetitive) in cui il ricorrente è in grado di sfruttare (parzialmente) la sua capacità lavorativa residua, il modesto (a mente dell'insorgente) grado di formazione (certificato di capacità quale fabbro) non incide in maniera rilevante.” In concreto il TCA non vede alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa del 15%, ritenuto che rientra nei limiti previsti dalla giurisprudenza e che

l'interessata non fa valere motivi pertinenti per una diversa valutazione. Infine la ricorrente ritiene che il reddito da invalido debba essere preso in considerazione solo nella misura dell'80% e non del 90% come calcolato dall'UAI, considerato che il perito, dr. med. \_\_\_\_\_, l'ha ritenuta incapace al lavoro in attività leggere nella misura del 10-20%. Come rileva l'UAI in sede di risposta, visto che il perito, a proposito della possibilità di esercitare attività leggere, ha affermato come " vi sarebbe una capacità lavorativa completa con una limitazione del rendimento del 10-20% a partire dalla data della perizia ", appare corretto considerare una riduzione globale del 15%. Ne segue che il reddito da invalido ammonta a fr. 37'930 (52'498 ridotto del 15% e del 15%). Questo reddito va raffrontato con il reddito da valido di fr. 61'784, per un grado d'invalidità del 38,60% che, arrotondato per eccesso secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 4, corrisponde al 39% che non dà diritto ad alcuna rendita. Ne segue che la decisione della Cassa va confermata, mentre il ricorso deve essere respinto.

### **E. 7.1**

Per quanto riguarda in primo luogo l'ammontare del reddito da valido, dagli atti risulta che al momento dell'infortunio l'assicurato svolgeva presso le FFS, in seguito ad una formazione interna e ad esami attitudinali, l'attività di artigiano specialista. Dall'indagine economica svolta dall'INSAI è inoltre emerso che nel 1999 egli percepiva uno stipendio di fr. 57'271.-, importo già corrispondente al livello massimo raggiungibile per le funzioni svolte (funzione 3, sesta classe di stipendio, a cui andava aggiunto un importo mensile di fr. 300.- per lavoro notturno, durante i giorni festivi e domenicali). In seguito, e meglio all'incirca tra il 2000 e il 2001, è intervenuta una riorganizzazione interna per cui alla stessa attività corrispondeva un livello di funzione 1, classe di stipendio 4 (fr. 53'852.-). La retribuzione lorda dell'assicurato nel 2000 e 2001 è stata quantificata in fr. 60'992.- (comprensiva di fr. 3600.- a titolo di indennità varie). Successivamente è stato precisato che i supplementi per i turni si erano ridotti da fr. 100.- a fr. 60.- mensili, in quanto questi compiti nel 2001 erano stati trasferiti ad un altro servizio. Negli attestati delle FFS, l'ultimo dei quali ottenuto direttamente dal ricorrente e prodotto con il gravame inoltrato in sede cantonale, non risulta alcunché in relazione ad eventuali possibilità di carriera o di promozione.

### **E. 7.2**

Alla luce di quanto suesposto emerge che, con la riorganizzazione avvenuta presumibilmente a partire dal 2000, la classificazione dell'attività svolta dall'assicurato, il quale si trovava già al livello massimo raggiungibile nella propria categoria, non sarebbe migliorata, bensì nella migliore delle ipotesi sarebbe rimasta invariata, considerate le nuove classificazioni. In simili condizioni la riorganizzazione avrebbe ben difficilmente condotto ad una promozione dell'assicurato o a possibilità di carriera. In effetti in occasione della discussione circa la reintegrazione dell'interessato il funzionario responsabile aveva dichiarato che nell'ambito della riorganizzazione, con limitazione degli effettivi, venivano chiesti nuovi livelli di qualifica. In simili condizioni, non essendovi alcun indizio concreto in favore di un'eventuale carriera conseguente alla riorganizzazione interna (secondo la generale esperienza della vita tali avvenimenti comportando di regola degli svantaggi per i dipendenti), correttamente la Corte cantonale non ha proceduto ad ulteriori approfondimenti in tal senso. Ne consegue che il reddito da valido computato dalla Corte cantonale va confermato, in quanto corretto." 2.9. In concreto quale reddito da valido l'amministrazione ha preso in considerazione l'ammontare di fr. 4'355.40 al mese che figura nel questionario

per il datore di lavoro quale risposta alla questione di sapere quanto potrebbe guadagnare la persona assicurata, attualmente (ossia nel 2008), senza il danno alla salute (doc. AI 9.3, punto 2.11). Come rileva la ricorrente, questo importo deve innanzitutto essere aumentato prendendo in considerazione ulteriori elementi salariali non ritenuti dall'amministrazione quali le indennità per giorni festivi, notturni e di 24 notti che nel 2006 ammontavano a fr. 3'266.35 (cfr. doc. AI 9-12, per uno stipendio annuo lordo di fr. 57'166.30) e nel 2007 a fr. 2'144.15 (doc. AI 9-10, per uno stipendio annuo lordo di fr. 57'130.90) e che nel 2008 non sono più state pagate (cfr. doc. AI 9-8) verosimilmente a causa dell'inabilità lavorativa al 50% dal settembre 2007 ed al 100% dal novembre 2007. L'interessata chiede di prendere in considerazione un importo, da lei stimato, di fr. 3'000. Rilevato che nel 2006, ultimo anno in cui l'assicurata ha lavorato al 100% prima di diventare incapace al lavoro nel 2007, dapprima parzialmente e poi totalmente, le indennità salariali ammontavano a fr. 3'266.35 e che non può essere accertato un importo esatto, variando a dipendenza dei turni che il tipo di lavoro svolto dall'interessata impone, la richiesta della ricorrente, comunque inferiore all'importo effettivamente conseguito nel 2006, va fatta propria da questo Tribunale. In secondo luogo l'interessata, nata nel 1952, evidenzia di aver ottenuto il certificato federale di assistente di cura il 30 settembre 2004 (cfr. doc. AI 8-1) e chiede pertanto di non prendere in considerazione l'ultimo salario mensile conseguito nel 2008, ossia fr. 4'355.40 (cfr. doc. AI 9-3) previsto dalla scala 18 della griglia salariale dei dipendenti dello Stato ed applicabile anche in concreto in virtù del regolamento ROCA per il terzo anno di lavoro (il terzo aumento corrisponde a fr. 4'380.30, tuttavia solo con Decreto Esecutivo del 24 aprile 2009 il Consiglio di Stato ha aumentato i salari retroattivamente concedendo il rincaro pieno ai dipendenti), bensì l'importo massimo della suddetta scala che l'interessata potrebbe conseguire a fine carriera (decimo anno), ciò che corrisponde ad un salario annuo di fr. 62'604 secondo la scala dell'anno 2007. Questa Corte non condivide la richiesta della ricorrente. Infatti, senza il danno alla salute l'assicurata, nel 2007, non avrebbe comunque avuto diritto al salario massimo. La circostanza che l'interessata nel 2007, malgrado la sua età, non aveva ancora raggiunto il massimo previsto dalla griglia salariale è da ascrivere ad un motivo estraneo all'invalidità, ossia al fatto di aver ottenuto il certificato federale di capacità come assistente di cura solo nel 2004 e di aver iniziato questa attività tardivamente. Di principio un salario superiore a quello che la persona assicurata avrebbe potuto effettivamente conseguire al momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, aggiornato alla data dell'emissione della decisione impugnata, va preso in considerazione solo laddove l'assicurato per motivi inerenti alla salute non ha potuto, nel caso concreto, continuare la carriera professionale (e non salariale) già intrapresa e che avrebbe portato a compimento senza l'insorgere del danno alla salute (cfr. DTF 96 V 29 dove la persona assicurata ha subito un danno alla salute mentre svolgeva un perfezionamento professionale; cfr. anche Alexandra Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, pag. 122 e seguenti, ad art. 18: " Es müssen aber konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechen höheres Einkommen auch tatsächlich realisiert hätte. Absichtserklärungen genügen dazu nicht; vielmehr muss die Absicht, beruflich weiterzukommen bereits durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegen von Prüfungen usw. kundgetan worden sein (SUVA-Jahresbericht 1991 Nr. 8 S. 15). ", sottolineatura del redattore, cfr. anche sentenza 9C\_830/2009 del 27 gennaio 2010). „Semplici” probabili aumenti salariali futuri, come in concreto, senza tuttavia una vera carriera professionale, possono semmai dar luogo ad una revisione della decisione se le relative condizioni sono

adempite (cfr. DTF 129 V 225, sentenza 8C\_290/2007 consid. 3). Ne segue che in concreto va preso in considerazione, per il calcolo del raffronto dei redditi, il salario che l'interessata avrebbe potuto conseguire al momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, ossia dal 1° febbraio 2009 (dal giorno dopo la soppressione della prestazione, tre mesi dopo il miglioramento attestato dal perito). Nel 2009 l'interessata avrebbe avuto diritto, con il quarto aumento della scala 18, a fr. 58'784, cui vanno aggiunti i fr. 3'000 di indennità per giorni festivi, per le notti, ecc., per complessivi fr. 61'784. 2.10. Per determinare il reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che cumulativamente il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa pag. 76 e giurisprudenza citata). A quest'ultimo proposito va infatti rilevato che per determinare il reddito da invalido decisivo è il valore in denaro della prestazione fornita. Se quindi l'assicurato riceve un salario più elevato (il cosiddetto salario sociale), è determinante solo la parte che rappresenta la retribuzione del suo effettivo rendimento (DTF 104 V 90; si veda in proposito il tenore dell'art. 25 cpv. 1 lett. b OAI secondo cui sono considerati redditi del lavoro secondo l'articolo 16 LPGa i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS, esclusi tuttavia i componenti del salario per i quali il lavoratore non può fornire, come esperito, nessuna controprestazione a causa della limitata capacità al lavoro). Le attestazioni in tal senso fornite dal datore di lavoro non sono da considerare come semplici affermazioni, la cui esattezza sarebbe ancora da dimostrare (RCC 1970 pag. 338 consid. 2). La prova dell'esistenza di un salario sociale è tuttavia sottoposta a requisiti severi, dovendo partire dal presupposto che i salari pagati equivalgono ad una prestazione lavorativa effettiva (DTF 117 V 8 consid. 2c/aa pag. 18 e sentenze ivi citate; RCC 1980 pag. 321 consid. 2b; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 154/95 del 15 febbraio 1996). Nell'ambito dell'apprezzamento delle citate dichiarazioni si deve pure considerare che i datori di lavoro potrebbero essere interessati a dichiarare il versamento di un salario sociale. Rapporti di parentela tra datore di lavoro e assicurato oppure una lunga durata del rapporto di lavoro possono essere ritenuti degli indizi di una prestazione sociale volontaria (RCC 1980 pag. 322 consid. 2b; RCC 1970 pag. 336). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS; DTF 126 V 75 consid. 3b pag. 76 con riferimenti) oppure quelli deducibili dalla documentazione dell'INSAI relativa ai posti di lavoro (DPL; RAMI 1999 no. U 343 pag. 412). 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 U 240/99 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). A questo riguardo giova rilevare che la più recente giurisprudenza non ammette più la possibilità di fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13, il reddito ipotetico da invalido dovendo invece essere stabilito sulla base della tabella TA1 dell'ISS (cfr. SVR 2007 UV no. 17 pag. 56 [U 75/03]). Con pronunzia del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in

Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)" . Tramite sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (" deutliche Abweichung "). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; cfr. inoltre, tuttavia, sentenza 9C-404/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 2.3: " Da der tatsächlich erzielte Verdienst von Fr. 53'365.- nicht deutlich unter dem Tabellenlohn von Fr. 55'640.- liegt, besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass, vom Grundsatz abzuweichen und zu einer Korrektur zu schreiten (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, R. vom 30. September 2002, I 186/01, H. vom 7. Mai 2001, I 314/00, und K. vom 16. März 1998, I 179/97) ", sottolineatura del redattore). La questione è stata di recente definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " (...) 3.3 In una recente sentenza 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In concreto, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato , cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario annuale lordo pari a fr. 51'368 (4'116 : 40 X 41.6 X 12; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008) e di fr. 52'498 nel 2009 (+ 2,2%; cfr. evoluzione dei salari, stima trimestrale, terzo trimestre 2009, www.bfs.admin). L'assicurata, quale assistente di cura, avrebbe guadagnato fr. 61'784 nel 2009. Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cfr. Tabella TA1 p.to 85 " sanità e servizi sociali ", livello di qualifica 4: fr. 4'547 : 40 X 41.6 X

## **E. 12**

mesi = 56'746.60). Non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla sentenza 8C\_44/2009 sopra menzionata. 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 (dal 1° gennaio 2007: TF) 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). Nella presente evenienza l'UAI ha applicato una riduzione del 15% (10% per attività leggera e 5% per l'età ed il fatto che la ricorrente potrebbe avere la necessità di cambiare professione e ambiente di lavoro). La ricorrente chiede di applicare la riduzione massima del 25% poiché non è in grado di svolgere un'attività leggera in misura superiore all'80%, ha dimostrato una grande forza di volontà portando a compimento la propria formazione intorno ai 50 anni e ritenuti i contraccolpi derivanti dalla patologia che l'affligge. Va qui evidenziato che con recente sentenza 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009 il TF, nel caso di un assicurato abile in attività leggere all'80%, cui era stata riconosciuta una deduzione del 5%, ha affermato quanto segue: "(...) A ciò si aggiunge che in nessun caso si giustificerebbe, nell'evenienza concreta, una deduzione superiore al 20% per tenere conto delle particolarità personali e professionali del caso (DTF 126 V 75), che nella fattispecie in esame possono essere riconosciute per la capacità lavorativa residua (cfr. a tal proposito ISS 2004, pag. 25, T6\*), per i limiti funzionali anche in un'attività sostitutiva e per la lunga assenza dal mondo del lavoro.

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