

## **TI\_GERICHTE 32.2010.130 vom 16. Dezember 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-12-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.130)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.130 du 16 décembre 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.130 del 16 dicembre 2010

### **Regeste**

L'UAI ha rettamente attribuito un quarto di rendita dal 1.7.2005 al 30.9.2005 e una rendita intera dal 1.10.2005 al 28.2.2006, negato successivamente. Confermata perizia SAM. Metodo straordinario applicato sino a quando l'A. ha cessato attività indipendente, poi da dicembre 2005 metodo ordinario

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.5. Il TFA ha già avuto modo di affermare l'ammissibilità di principio di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di 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 28 consid. 4a e sentenze ivi citate);

Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. Nella STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario. Per altri casi in cui, invece del metodo straordinario, è stato applicato il normale confronto dei redditi utilizzando i dati statistici ed esigendo dall'assicurato il passaggio ad un'attività dipendente cfr. STF 9C\_335/2007 e STF 9C\_13/2007. 2.6. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.7. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.8. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En

l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: URSS Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été

rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1<sup>er</sup> décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione.

2.9. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino

intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.10. Nella decisione dell'8 aprile 2010 l'UAI ha riconosciuto all'assicurata un quarto di rendita limitatamente al periodo compreso tra il 1° luglio 2005 e il 30 settembre 2005 e una rendita intera dal 1° ottobre 2005 al 28 febbraio 2006, negandola poi successivamente, sulla base della documentazione medica agli atti, in particolare della perizia SAM del 26 agosto 2009. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr. \_\_\_\_\_), quella neurologica (Dr. \_\_\_\_\_) e quella reumatologica (Dr. \_\_\_\_\_). Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e \_\_\_\_\_ del Servizio di psichiatria e psicologia medica di \_\_\_\_\_, nel rapporto del 20 luglio 2009, dopo aver riassunto l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e le constatazioni obiettive ha posto la seguente valutazione e prognosi: " (...) La peritanda, nonostante un'anamnesi personale comportante degli aspetti problematici, è sempre riuscita a mantenere un buon equilibrio psichico concomitante ad un buon inserimento sociolavorativo, interrotto per causa reumatologica. Dalla ricostruzione anamnestica cosiccome dall'intercorrente indagine peritale risulta che la problematica reumatologica non abbia compromesso tangibilmente le condizioni psichiche” (doc. AI 238-42) Per quanto riguarda le conseguenze sulla capacità lavorativa, lo specialista ha così

risposto all'UAI: " (...) 1. Psicodiagnosi: Non si pone alcuna psicodiagnosi. Dall'autoanamnesi e dal colloquio è individuabile un profilo personologico con possibili tratti istrionici e di instabilità emotiva, tipo borderline. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato (precisare se possibile le ore al giorno o la riduzione del rendimento sul lavoro). Da un profilo psichiatrico non sussiste alcuna limitazione della capacità lavorativa nell'attività di parrucchiera. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista psichiatrico riguardo alle problematiche segnalate agli atti e la prognosi a medio-lungo termine. Nonostante la problematica reumatologica, la peritanda sembrerebbe aver sempre mantenuto un sufficiente equilibrio psichico. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Da un profilo psichiatrico alcuna diminuzione della capacità lavorativa né alcuna limitazione funzionale. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Vedi punto C. Osservazioni, proposte. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale presso quest'assicurato? Descrivere le risorse di cui l'assicurato ancora dispone. Da un profilo psichiatrico la paziente continuerebbe a svolgere la professione di parrucchiera, attività che ella ama profondamente, prescelta già durante i primi anni di scuola elementare. C. OSSERVAZIONI, PROPOSTE Riteniamo che potrebbe aver senso per la peritanda iniziare una psicoterapia con lo scopo di rivisitare la propria anamnesi personale, comportante dei nodi dolorosi. Ciò comunque non avrebbe nessun riverbero sulla sua capacità lavorativa, già considerata completa dal profilo psichiatrico, pertanto eventualmente da discutere col medico curante, al quale si potrebbe inviare copia della presente perizia." (doc. AI 238-43). Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, nel referto del 4 agosto 2009, dopo aver descritto l'anamnesi della paziente, lo stato neurologico e le conclusioni, ha così risposto alle domande dell'UAI: " (...) 1. Diagnosi dal suo punto di vista specialistico. · Sindrome lombovertebrale cronica, attualmente senza deficit neurologici con: ■ stato da intervento di stabilizzazione lombare da L4 a S1 · Eرنicrania senza aura. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a (precisare se possibile le ore al giorno o la riduzione del rendimento sul lavoro). Dal punto di vista neurologico non vi è diminuzione della capacità lavorativa. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato/a dal suo punto di vista specialistico riguardo alle problematiche segnalate agli atti e la prognosi a medio -lungo termine. Vedi anamnesi. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Non vi è diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista neurologico. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'A.? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Nessuna proposta terapeutica dal punto di vista neurologico. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale presso quest'A.? Descrivere le risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone. Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. 7. Ritiene che l'assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento). Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. 8. Per assicurati di sesso femminile: in che misura l'A. può svolgere l'attività di casalinga (descrivere i limiti funzionali). In misura completa. 9. Descrivere in modo esauriente l'evoluzione della capacità lavorativa e dei limiti funzionali dell'Assicurata dal 2000 in avanti (aggravazione della nota sindrome algica lombare) Sulla base dei dati anamnestici l'evoluzione a partire dal 2000 è stata caratterizzata da un peggioramento della

sintomatologia dolorosa lombare, con esacerbazioni intermittenti; il peggioramento più netto si verificò nel 2005, quando la paziente fu sottoposta anche che ad intervento di stabilizzazione lombare. L'evoluzione del 2005 ad oggi sembra essere caratterizzata da dolori lombari fluttuanti. Per quel che riguarda invece gli aspetti più strettamente neurologici dal 2000 fino ad oggi non vi sono elementi sospetti per una lesione rilevante radicolare o di altre strutture del sistema nervoso (doc. AI 238-31/32). Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, nella perizia del 4 agosto 2009, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, le limitazioni soggettive, lo status e la radiologia, ha posto la seguente diagnosi: " (...) 1. DIAGNOSI DAL SUO PUNTO DI VISTA SPECIALISTICO. Sindrome dorso e lombospondilogenica cronica - discopatia L4/L5 e L5/S1 - stato dopo spondilodesi L4■S1 con Synframe e ALIF senza complicazioni 01.06.05 - modica scoliosi dorsolombare - disturbo di percezione e elaborazione del dolore Dolori cronici all'anca sinistra DD: modico impingement, nota piccola rottura del labbro acetabolare (IRM 0612006) ■ mobilità normale e simmetrica" (doc. AI 238-37) Il perito ha così concluso il proprio referto peritale: " (...) 2. DISCUSSIONE Non ritorno in dettaglio sugli antecedenti ben noti e riassunti in modo dettagliato nella prima parte dell'attuale perizia multidisciplinare. Attualmente l'assicurata presenta una sindrome dorso e lombospondilogenica cronica in stato dopo spondilodesi L4■S1 realizzata senza complicazioni. È nota inoltre una modica scoliosi dorsolombare. In accordo con alcune valutazioni precedenti, ritengo vi sia un'importante discrepanza che ha segnato dall'inizio questo quadro clinico tra le lamentele della paziente e i dati oggettivi. Questa discordanza si spiega molto probabilmente attraverso un disturbo di percezione e elaborazione del dolore che rende conto del carattere particolare del dolore (continuo, senza modulazione, senza misure efficaci) e probabilmente in parte dell'insuccesso soggettivo di un intervento chirurgico per altro oggettivamente ineccepibile. L'assicurata presenta inoltre un dolore inguinale a sinistra, probabilmente coxogeno nella cui diagnosi differenziale rientrano un modico impingement e la nota piccola rottura del labbro acetabolare evidenziata alla risonanza magnetica del giugno 2006. 3. INFLUENZA DELLE DIAGNOSI ELENCALE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA NELL'ATTIVITÀ DA ULTIMO SVOLTA DELL'ASSICURATO/A (PRECISARE SE POSSIBILE LE ORE AL GIORNO O LA RIDUZIONE DEL RENDIMENTO SUL LAVORO). Dal punto di vista reumatologico teorico, come parrucchiera e in attività analoghe, l'assicurata è da ritenere abile al lavoro nella misura del 60% inteso come combinazione tra tempo di lavoro e rendimento. È possibile un lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto nella misura del 40% (per esempio tramite un minor numero di clienti intercalati da pause per sgranchirsi, cambiare posizione e riposare). 4. DESCRIVERE L'EVOLUZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO/A DAL SUO PUNTO DI VISTA SPECIALISTICO RIGUARDO ALLE PROBLEMATICHE SEGNALATE AGLI ATTI E LA PROGNOSE A MEDIO■LUNGO TERMINE. Non sono in grado di descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata prima dell'intervento chirurgico sul rachide. Fanno stato a mio avviso a riguardo le perizie dei Dr. \_\_\_\_\_. Per quanto riguarda la situazione dopo l'01.06.05, l'assicurata è da ritenere inabile al lavoro in misura completa per 6 mesi. In seguito la situazione è a mio avviso da ritenere invariata o piuttosto migliorata, tenendo conto anche delle osservazioni dell'assicurata. A partire dal 01.12.05 la situazione è da ritenere sostanzialmente sovrapponibile a quella attuale. Non sono da prevedere cambiamenti di rilievo almeno a medio termine. 5. COME SI GIUSTIFICA LA DIMINUIZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA? QUALI SONO LE LIMITAZIONI FUNZIONALI COSTATATE? La diminuzione della capacità

lavorativa è giustificata dalla problematica lombare. In misura minore può giocare un ruolo anche il problema all'anca sinistra. 6. POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE PER MIGLIORARE LA CAPACITÀ LAVORATIVA DELL'A.? CHE EFFETTI AVREBBERO QUESTI PROVVEDIMENTI SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA? Non vi sono attualmente possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa. 7. RITIENE POSSIBILE EFFETTUARE PROVVEDIMENTI D'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE PRESSO QUEST'A.? DESCRIVERE LE RISORSE DI CUI L'ASSICURATO ANCORA DISPONE. Dal punto di vista reumatologico teorico è possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale. 8. RITIENE CHE L'ASSICURATO/A SIA IN GRADO DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ? SE SÌ, DESCRIVERE I LIMITI FUNZIONALI E LA CAPACITÀ LAVORATIVA DI TALE ATTIVITÀ ADATTA (ORE/DIE O RIDUZIONE DEL RENDIMENTO). L'assicurata è in grado di svolgere un'attività leggera che possa implicare anche posizioni statiche relativamente prolungate ma con la possibilità di brevi pause per sgranchirsi, cambiare posizione e riposare, indicativamente ogni 1/2 ora, che permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena, che possa implicare anche movimenti ripetitivi con gli arti superiori e movimenti con gli arti superiori sopra l'orizzontale, che eviti movimenti ripetitivi di flessione/estensione o rotazione del tronco a tempo pieno e con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 40%. In un'attività leggera, che permetta l'alternanza delle posizioni, eviti posizioni statiche prolungate, permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena (per esempio un lavoro d'ufficio, il lavoro di venditrice a certe condizioni o attività simili) l'assicurata è abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 20% (doc. AI 238-37/38). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 26 agosto 2009 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “Sindrome dorso e lombospondilogenica cronica su: - discopatia L4■L5 e L5■S1, - stato dopo spondilodesi L4■S1 con synframe e ALIF senza complicazioni il 1.06.2005; -modica scoliosi dorso lombare; -disturbo di percezione ed elaborazione del dolore. Dolori cronici all'anca sin. in DD: modico impingement, nota piccola rottura del labbro acetabolare (MRI giugno 2006) con: - mobilità normale e simmetrica”. Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: “Emicrania senz'aura. Stato dopo appendicectomia aperta il 30.10.2008 con decorso privo di complicazioni” (doc. AI 238-21). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al 60% a partire dal mese di maggio 2000 nell'attività svolta di parrucchiera diplomata, mentre in un'attività leggera è da considerare abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto del 20% dal 1° dicembre 2005 (doc. AI 238-27).

2.11. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo

contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; 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; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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 ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.12. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione

della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

2.12.1. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_ che nel referto del 4 agosto 2009 ha diagnosticato una “Sindrome lombovertebrale cronica, attualmente senza deficit neurologici con: ■ stato da intervento di stabilizzazione lombare da L4 a S1. Emicrania senza aura” (doc. AI 238-31). Secondo il perito dal punto di vista neurologico non vi è diminuzione della capacità lavorativa (doc. AI 238-32). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata.

2.12.2. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_ che nel referto del 20 luglio 2009 ha indicato in RI 1 è “individuabile un profilo personalogico con possibili tratti istrionici e di instabilità emotiva, tipo borderline” (doc. AI 238-43). Tuttavia, dal profilo psichiatrico non sussiste alcuna limitazione della capacità lavorativa nell'attività di parrucchiera (doc. AI 238-43). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata.

2.12.3. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_ che nel rapporto del 4 agosto 2009 ha diagnosticato una “Sindrome dorso e lombospondilogenica cronica; - discopatia L4/L5 e L5/S1; - stato dopo spondilodesi L4■S1 con Synframe e ALIF senza complicazioni 01.06.05; - modica scoliosi dorso lombare; - disturbo di percezione e elaborazione del dolore. Dolori cronici all'anca sinistra DD: modico impingement, nota piccola rottura del labbro acetabolare (IRM 0612006); ■ mobilità normale e simmetrica” (doc. AI 238-37). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che dal punto di vista reumatologico RI 1 è abile nella misura del 60% quale parrucchiera e in attività analoghe, mentre in un'attività leggera che permetta l'alternanza delle posizioni, eviti posizioni statiche prolungate, permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena l'assicurata è abile al lavoro in misura piena con un rendimento ridotto del 20% (doc. AI 238-38). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. Tale non può essere il referto del 4 novembre 2009 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale ha posto una diagnosi in sostanza sovrapponibile a quella del Dr. \_\_\_\_\_ indicando: “- Sindrome lombovertebrale cronica con componente spondilogenica all'arto inferiore sinistro in paziente che presenta una discopatia L1/L2, nonché uno stato dopo intervento chirurgico di fissazione intersomatica con spondilodesi da L4 a S1 in data 1.06.2005 per instabilità bisegmentale. – stato dopo contusione e distorsione della colonna vertebrale a seguito di un incidente stradale in data 03.02.2007 con peggioramento della sintomatologia dolorosa; - coxalgia a sinistra su una problematica d'impingement femoroacetabolare, nonché tendinosi d'inserzione degli adduttori a sinistra” (doc. AI 253-2). Il medico curante, dopo aver espresso il proprio dissenso nei confronti della valutazione del Dr. \_\_\_\_\_, in merito alla diagnosi di disturbo di percezione ed elaborazione del

dolore e alla discrepanza tra le lamentele della paziente e i riscontri oggettivi, ha indicato che vi è un'incapacità lavorativa dell'80% nell'attività di parrucchiera e del 50% in attività adeguata (doc. AI 253-3/4). Va a questo punto rilevato che il TCA nella sentenza del 12 febbraio 2009 aveva rinviato gli atti all'Ufficio AI in considerazione della discrepanza tra le valutazioni specialistiche del perito interpellato dall'amministrazione Dr. \_\_\_\_\_ e il medico curante Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. sentenza 12 febbraio 2009, consid. 2.11.). Il Dr. \_\_\_\_\_ nei referti del 29 ottobre 2007 (doc. AI 211-19) e del 17 dicembre 2007 (doc. AI 217-3) aveva posto la medesima diagnosi indicata nel referto del 4 novembre 2009 e valutato all'80% la capacità lavorativa quale parrucchiera e al 50% in attività adeguata (cfr. doc. AI 253-2). Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, nelle perizie del 23 agosto 2005 (doc. AI 110-1), del 19 giugno 2006 (doc. AI 145-1) e del 21 agosto 2007 (doc. AI 193-1) aveva diagnosticato "Sindrome algica cronica in - esito da spondilodisi L4-S1 l'1.6.2005, per instabilità bisegmentale L4/5 ed L5/S1, - disturbi statici del rachide, - decondizionamento muscolare, - tendenza fibromialgica in iperlassità articolare. Dolori coxogeni a sinistra di origine indeterminata" (doc. AI 193-10). Secondo il primo perito interpellato dall'amministrazione RI 1 era da ritenere abile in misura completa in un lavoro adatto al suo stato di salute dal 1° dicembre 2005, mentre nell'attività di parrucchiera l'abilità era al 60%, sempre dalla medesima data (doc. 193-9). Alla luce di quanto esposto e della giurisprudenza in materia di valore probatorio (consid. 2.11) il TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr. \_\_\_\_\_ e che i referti del Dr. \_\_\_\_\_ non apportano nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulla valutazione specialistica del perito dell'amministrazione. Le conclusioni del medico curante seppur parzialmente divergenti per quanto riguarda la diagnosi e la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito e vanno quindi intesi nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessata hanno sulla sua capacità di lavoro. Si ricorda tuttavia alla ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM e la valutazione del SMR i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.11.), alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata è abile nella sua attività di parrucchiera nella misura del 60% dal mese di maggio 2000, mentre in attività adeguate e rispettose dei suoi limiti funzionali è abile all'80% dal mese di dicembre 2005. 2.13. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dalla ricorrente dal profilo economico. Nella sentenza del 10 febbraio 2004 il TCA ha dato l'indicazione all'UAI di applicare la valutazione del grado d'invalidità secondo il metodo straordinario (inc. 32.2003.49). Nella

sentenza del 12 febbraio 2009 il TCA ha precisato che tale valutazione andava svolta sino a quando RI 1 ha cessato definitivamente l'attività di parrucchiera indipendente a \_\_\_\_\_, ovvero il mese di giugno 2005 (inc. 32.2007.369). 2.13.1. Per quanto concerne il periodo di tempo da maggio 2000 a maggio 2005, al fine di stabilire il grado d'invalidità dell'assicurata, parrucchiera indipendente, l'amministrazione ha applicato il metodo straordinario (cfr. consid. 2.3.) L'assicurata, nel proprio allegato ricorsuale, non ha contestato l'applicazione di questo metodo di calcolo del grado d'invalidità (doc. I). La circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), alla cifra marginale 3112, stabilisce che l'invalidità di una persona che esercita un'attività lucrativa va sempre calcolata, nei limiti del possibile, con il metodo generale del confronto dei redditi. Se non è possibile un accertamento diretto affidabile dei due redditi – p. es. a causa della situazione economica – il grado d'invalidità è determinato secondo il metodo straordinario (Pratique VSI 1998 p. 121 e p. 255; RCC 1980 p. 318, 1979 p. 228). Nella pratica questo metodo si applica spesso ai lavoratori indipendenti. La successiva cifra marginale 3113 CIGI dispone che in primo luogo si procede ad un confronto delle attività, cioè si accerta quali attività e in che misura potrebbe esercitarle la persona assicurata con e senza danno alla salute. Occorre inoltre sempre verificare in che misura possono essere ridotte le perdite di guadagno cercando nell'ambito delle precedenti attività occupazioni più adeguate all'infermità. In seguito si effettua la valutazione del guadagno applicando per ogni attività il salario di riferimento valevole nel ramo. Si ottengono così un reddito d'invalido e uno di persona non invalida per poi procedere al raffronto dei redditi (cifra 3114 CIGI). La cifra 3115 CIGI stabilisce poi che in base alla valutazione del guadagno delle attività che possono essere esercitate con e senza danno alla salute il metodo di calcolo straordinario può essere considerato un raffronto dei redditi preceduto da un confronto delle attività (RCC 1979 p. 230). 2.13.2. L'ispettorato AI ha svolto un'inchiesta economica per le indipendenti in data 22 novembre 2004. Nel relativo rapporto l'incaricato, riguardo all'attività svolta dall'assicurata prima e dopo l'insorgenza del danno alla salute, ha rilevato quanto segue: (doc. AI 86-1) " (...) 2.1. Prima dell'insorgenza dell'invalidità (...) L'assicurata fino al maggio 2000 si occupava di tutti i lavori inerenti la professione quali lavaggio, taglio, messa in piega, colorazioni, permanenti, ecc. Intratteneva qualche contatto con i rappresentanti/fornitori. Questi passavano nel salone e lei faceva le comande. La merce arrivava poi per posta. Teneva una semplice contabilità. Si occupava inoltre della pulizia del locale. Il salone era al piano terreno di casa sua a \_\_\_\_\_. Era aperto dalle 8.15 ca alle 11.00 e al pomeriggio dalle 13.30 alle 18.00 ca. dal martedì al sabato, lunedì chiuso. 2.2. Dopo l'insorgenza dell'invalidità Modificazioni dovute all'invalidità rispetto alle indicazioni fornite al N. 2.1 Inizialmente l'assicurata ha continuato l'attività nel salone sotto casa sua. Dal luglio 2003, a seguito della separazione dal marito, ha cambiato domicilio ed ha aperto il salone attuale. La grandezza è bene o male come la precedente. Ha un posto per il lavaggio e 3 posti per il taglio/permanente/colorazioni,.... Dispone inoltre di una toilette. Si occupa sempre delle stesse mansioni come in precedenza ma con un ritmo molto inferiore. Se prima riusciva a fare, a dipendenza dei lavori, fino a 10-12 trattamenti giornalieri ora riesce a farne solo in media 2 (se si tratta di una permanente solo 1 al giorno. Per tagli e messe in piega 2-3 clienti al giorno). Il salone non ha degli orari di apertura fissi; siccome riceve solo su appuntamento cerca di fissare gli appuntamenti in modo da poterli gestire al meglio. Quando non ce la fa va a casa e devia il telefono sul natel. Visto che i clienti la conoscono bene sono anche comprensivi. L'assicurata afferma di essere particolarmente impedita sia nel rimanere a lungo in piedi sia seduta. La sedia ergonomica

riconosciuta dal nostro ufficio le permette, in una certa misura, di lavorare meglio (la può alzare e abbassare a piacimento, a dipendenza delle operazioni che deve fare). Il lavaggio dei capelli è la mansione più difficoltosa per la posizione della schiena. Si occupa ancora della pulizia del locale (ad eccezione delle vetrature, per la quale chiama una conoscente) e tiene ancora la contabilità.” (doc. AI 86-1/2). Per quanto riguarda il confronto tra campi di attività gli ispettori dell’UAI, nelle annotazioni del 26 ottobre 2010, hanno indicato quanto segue: Allegato 1. Confronto tra campi di attività per la professione di parrucchiera xx orario medio senza danno xx ore/giorni/ settimane orario medio senza danno Campi di attività senza danno alla salute Ponderazione senza danno alla salute Grado d’incapacità Incapacità al lavoro ponderata Contatti con fornitori/contabilità Vedi dichiarazioni fatte dall’assicurata nel corso dell’inchiesta 10 % 0 % 0% Nessuna incapacità Parrucchiera 90 %

### E. 33

% 30% Totale 100 % 30% L’Ufficio AI ha quindi proceduto al seguente calcolo dell’invalidità conformemente al metodo straordinario: " (...) Numero di salari versati 12 Campi di attività senza danno alla salute Ponderazione senza danno Incapacità al lavoro nei campi di attività Base salariale mensile Reddito annuale senza danno Diminuzione del reddito dell’attività professionale dovuta al danno Fornitori/contabilità 10% 0% 1) 5'219.-- Sfr. 6'263 Sfr. 0 parrucchiera 90% 33% 2) 3'762.-- Sfr. 40'630 Sfr. 13'408 3) Sfr. 0 Sfr. 0 4) Sfr. 0 Sfr. 0 5) Sfr. 0 Sfr. 0 6) Sfr. 0 Sfr. 0 Totale 100% 30% Sfr. 46'892 Sfr. 17'462 Secondo richiesta svizzera sulla struttura dei salari 2008 1) T7S, pos. 23, livello di qualificazione 04, donne 2) T7S, pos. 34, livello di qualificazione 02, donne 3) CA XX pos. XX, livello di qualificazione XX donne/uomini 4) CA XX pos. XX, livello di qualificazione XX donne/uomini 5) CA XX pos. XX, livello di qualificazione XX donne/uomini 6) CA XX pos. XX, livello di qualificazione XX donne/uomini Reddito ipotetico senza invalidità Sfr. 46'892 Reddito da invalido Sfr. 33'485 Diminuzione del reddito dell’attività prof. imputabile al danno Sfr. 13'408 Tasso di diminuzione del reddito dell’attività professionale 29% La presa in considerazione dei redditi statistici per ogni mansione componente l’attività lucrativa indipendente dell’assicurata, tenendo conto dei “salari di riferimento del ramo”, è conforme alla giurisprudenza federale e alla prassi amministrativa (cfr. DTF 128 V 33 consid. 4c; cfr. anche STCA 32.2005.71 del 26 gennaio 2006; no. 3114 della Circolare sull’invalidità e impotenza, edita dall’UFAS). Il grado di invalidità del 29%, che può essere fatto proprio dal TCA, è insufficiente per poter mettere l’assicurata al beneficio di una rendita di invalidità. 2.13.3. Per quanto concerne il periodo di tempo dal mese di dicembre 2005 l’UAI ha correttamente applicato il metodo ordinario di confronto dei redditi. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell’inizio dell’eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2006. 2.13.4. Per quel che concerne il reddito da valido, il cui importo non è del resto stato contestato in sede di ricorso (doc. I), l’UAI ha quantificato il reddito che l’assicurata avrebbe potuto percepire da sana riferendosi al Contratto collettivo di lavoro per il mestiere di parrucchiere nella Svizzera (CCL 2004) con attestato federale e professione doppia, aggiornato al 2006, per un importo annuo di fr. 48'801.-- (doc. AI 197-3). 2.13.5. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, contestato dalla ricorrente, va ricordato che lo stesso è determinato

sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza 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) (...)". In un'altra 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). La questione è stata 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 (nдр: DTF 135 V 297), 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 applicazione

della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2006 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2006 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 mensile lordo pari a fr. 4'019.--. Riportando questo dato su 41.7 ore ( cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 5-2010, p. 86 ), esso ammonta a fr. 4'189.80 mensili oppure a fr. 50'277.69 per l'intero anno (fr. 4'189.80 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). L'assicurata, quale parrucchiera, avrebbe guadagnato nel 2006 fr. 48'801.-- / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.13.4.). Tale reddito si situa sopra la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 43'109.46, cfr. Tabella TA1 p.to 93 " Servizi personali ", livello di qualifica 3, fr. 3'446.-- X 12 mesi = 41'352.-- riportato su 41.7). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008. 2.13.6. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. \_\_\_\_\_ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser

Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa).

2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievov), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievov). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievov). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievov), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito

statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, “en regard de l’âge de l’assuré et des limitations résultant de l’atteinte à sa santé” (la sottolineatura è del redattore). In un’altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l’Alta Corte non ha ritenuto che l’età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all’art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un’età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l’uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l’invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l’esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l’assicurato anche nell’esercizio di un’attività sostitutiva, può comunque giustificare l’applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall’amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l’applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.13.7. In concreto, l’UAI nelle annotazioni del 16 settembre 2009 non ha applicato deduzioni da reddito ipotetico (doc. AI 242-1). Tuttavia, nel rapporto del 20 settembre 2007 della precedente consulente veniva applicata una riduzione del 5% per la limitazione nel porto di pesi e del 10% per le restanti limitazioni funzionali (doc. AI 197-3). Questa Corte rileva che anche applicando la riduzione complessiva del 15% la soluzione finale non cambierebbe. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 50'277.69, ritenuta un’esigibilità dal profilo medico dell’80%, il reddito ipotetico dell’insorgente ammonta, quindi, a fr. 40'222.15 confrontando ora questo dato con l’ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 48'801.-- (consid. 2.13.4.) emerge un tasso d’invalidità del 17,5% arrotondato al 18% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita d’invalidità, come stabilito dall’amministrazione. Anche applicando la

riduzione del 15% che l'amministrazione aveva applicato nel rapporto della consulente in integrazione professionale del 20 settembre 2007 (doc. AI 197-3), la soluzione finale non cambierebbe. Partendo da un salario da invalido di fr. 50'277.69, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico dell'80% e ammettendo la riduzione del 15%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 34'188.82 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 48'801.-- (consid. 2.13.4.) emerge un tasso d'invalidità del 29,9% arrotondato al 30% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto comunque ad una rendita d'invalidità. 2.14. Il TCA constata tuttavia che l'assicurata nei sei mesi successivi all'intervento chirurgico al rachide lombare (giugno 2005) è stata ritenuta inabile al lavoro al 100% (doc. AI 238-27). Questo giustifica una rendita d'invalidità di durata limitata. In particolare, considerando i seguenti periodi d'incapacità lavorativa: - 30% dal 1° maggio 2000 al 30 maggio 2005; - 100% dal 31 maggio 2005 al 30 novembre 2005; - 20% dal 1° dicembre 2005; l'UAI ha rettamente riconosciuto all'assicurata, in base al calcolo della media retrospettiva, il diritto ad un quarto di rendita dal 1° luglio 2005, per un grado del 42% (dopo un anno di carenza con inabilità media almeno del 40% ex art. 29 LAI) aumentata al 100% con rendita intera dal 1° ottobre 2005 al 28 febbraio 2006, giusta l'art. 88a cpv.1 e 2 OAI. La decisione viene dunque confermata e il ricorso respinto. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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.-- sono poste a carico della ricorrente.

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