

## **TI\_GERICHTE 32.2011.18 vom 9. Dezember 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-12-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2011.18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.18)

FR: TI\_GERICHTE 32.2011.18 du 9 décembre 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2011.18 del 9 dicembre 2010

### **Regeste**

Corretta la decisione con la quale l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità limitata nel tempo, poi soppressa alla luce di un grado AI inferiore al 40%

### **Erwägungen**

#### **E. 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: Urs 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).

#### **E. 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.

#### **E. 2.2.2**

Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt *lite pendente* indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten ( BGE 125 V 351 ; 122 V 157 ) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise ( BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse.

### **E. 2.2.3**

Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

### **E. 2.3**

hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

##### **E. 2.5.1**

hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der \_\_\_\_\_ 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 pronuncia 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.) 2.12.4. In concreto, nel rapporto del 13 settembre 2010, il consulente IP - dopo avere elencato e analizzato tutte le possibili riduzioni che potrebbero entrare in considerazione (attività leggera, limitazioni funzionali, età e anni di servizio, nazionalità e permesso di soggiorno, tasso di occupazione, ma non quella per il gap salariale, cfr. doc. 135 e segg.) - ha applicato una riduzione dell'8% "per attività leggere" (cfr. doc. 135-2). Nel caso di specie, questo Tribunale - considerato che, per costante giurisprudenza, il giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6) - non ha motivo per scostarsi dalla riduzione percentuale dell'8% applicata dall'amministrazione e rimasta incontestata dall'assicurato. Procedendo quindi al raffronto

dei redditi, con riferimento al 2006, partendo da un salario da invalido di fr. 39'703.64, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 70% e ammettendo la riduzione dell'8%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 25'569.-- (fr. 27'792.55 - (fr. 27'792.55 x 8 : 100)). Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 39'858.-- (consid. 2.12.1.), emerge, come indicato dall'UAI nello scritto del 16 settembre 2011 (cfr. doc. XII/1), un tasso d'invalidità del 35.82%, arrotondato al 36% 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, come stabilito dall'amministrazione nella decisione impugnata. 2.13. Alla medesima conclusione si giunge, come indicato dall'UAI nello scritto del 16 settembre 2011 (cfr. doc. XII + 1), effettuando il confronto dei redditi anche con riferimento al 2008. 2.13.1. Quale reddito da valido, l'assicurato, nel 2008, avrebbe potuto percepire da sano, lavorando al 100% come ausiliario di tipografia, fr. 41'326 (cfr. doc. XII/1). 2.13.2. Quale reddito da invalido, in applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il 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 mensile lordo pari a fr. 4'806.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2009, p. 90), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 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'assicurato, quale ausiliario di tipografia, avrebbe guadagnato, nel 2008, fr. 41'326 / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.13.1.). Tale reddito, come indicato dall'amministrazione nello scritto del 16 settembre 2011 in risposta ad una richiesta di precisazioni a proposito del cosiddetto gap salariale da parte del TCA (cfr. doc. XII + 1), si situa sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 66'995, cfr. Tabella TA1 p.to 22 "editoria, stampa e riprod. supporti registrati", livello di qualifica 4, fr. 5'514.-- X

## **E. 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 Lohnbusse 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).

## **E. 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 hievor), 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.

### **E. 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.

### **E. 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).

### **E. 3.3**

In una recente sentenza 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009 (nдр: cfr. 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, il

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. 4'732. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 11-2007, p. 98), esso ammonta a fr. 4'933.11 mensili oppure a fr. 59'197.32 per l'intero anno (fr. 4'933.11 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'assicurato, quale ausiliario di tipografia, avrebbe guadagnato nel 2006 fr. 39'858 / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.12.1.). Tale reddito, come indicato dall'UAI nello scritto del 16 settembre 2011 in risposta ad una esplicita richiesta di precisazioni a proposito del cosiddetto gap salariale da parte del TCA (cfr. doc. XII + 1), si situa sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 64'213, cfr. Tabella TA1 p.to 22 "editoria, stampa e riprod. supporti registrati", livello di qualifica 4, fr. 5'296.-- X

#### **E. 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 morbo, 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 pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi

dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.).

Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Questa giurisprudenza è stata confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C\_830/2007 del 27 luglio 2008, vedi anche la sentenza 9C\_382/2008 del 22 luglio 2008. Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del

16 dicembre 2004 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza 9C\_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. \_\_\_\_\_, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la

malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. \_\_\_\_\_ (DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)" In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale 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 I 384/06 del 4 luglio 2007).

## **E. 9**

dicembre 2010, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità (grado AI 100%) dal 1° luglio 2004 al 31 dicembre 2005, sopprimendola poi a partire dal 1° gennaio 2006, ritenuto il miglioramento dello stato di salute dell'interessato, il quale, a partire dal mese di ottobre 2005, presenta una capacità lavorativa del 70% in attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3., 2.4. e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° gennaio 2006. 2.8. Nel caso di specie, l'UAI ha fondato, dal profilo medico, la propria decisione di attribuire all'assicurato una rendita intera di invalidità dal 1° luglio 2004 al 31 dicembre 2005, sopprimendola poi a partire dal 1° gennaio 2006, su una serie di valutazioni peritali susseguitesesi nel tempo (valutazione peritale reumatologica del dr. \_\_\_\_\_ del 4 ottobre 2005; perizia pluridisciplinare del SAM del 22 marzo 2007; perizia neurologica del dr. \_\_\_\_\_ del 29 maggio 2008), culminate nella valutazione peritale pluridisciplinare del SAM del 12 agosto 2010. L'Ufficio AI, infatti, al fine di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha, da ultimo, fatto esperire una perizia pluridisciplinare affidata ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). L'aspetto reumatologico è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 28 maggio 2010, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "sindrome panvertebrale con componente spondilogeno cervicale e lombare cronica a sinistra in alterazioni degenerative del rachide cervicale (protrusioni discali multi segmentali C3/C4, C4/C5, C6/C7, con marcato restringimento dei forami di coniugazione delle radici C5, C6 e C7 bilateralmente e leggero restringimento delle radici di C4 bilateralmente); esiti da discectomia C5/C6 con stabilizzazione con gabbia di carbonio il 26.11.2003; alterazioni degenerative del rachide lombare (minimo bulging discale posteriore con impronta sul sacco durale a contatto con l'origine della radice di L5 a destra in L4/L5, spondilartrosi bilaterale, bulging discale mediano paramediano a sinistra L5/S1 a contatto con l'origine della radice di S1 a sinistra); disturbi statici del rachide (cifoscoliosi della dorsale con protrazione del capo, scoliosi destroconvessa lombare); decondizionamento e sbilancio muscolare; tendenza fibromialgica" (doc. 132-29). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'interessato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una riduzione del rendimento del 30%, nella sua precedente attività di ausiliario di una tipografia, "premesso che questa attività tenga pienamente conto dei limiti

funzionali e di carico”, a partire dal 29 luglio 2003, ma abile al lavoro al 100%, con un rendimento massimo del 100%, in attività adatte, sempre a partire dal 29 luglio 2003 (doc. 132-32). L’aspetto neurologico è invece stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 17 giugno 2010, ha posto le diagnosi di “sindrome dolorosa cronica cervicobrachiale a sinistra con stato da discectomia C5/6 (novembre 2003); attualmente assenza di deficit neurologici; sindrome lombovertebrale, senza deficit radicolari agli arti inferiori” (doc. 132-36). Il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che “clinicamente, come già alle precedenti valutazioni del gennaio 2007 e maggio 2008, come pure ad una valutazione neurologica effettuata presso l’Ospedale \_\_\_\_\_ nel 2005, non trovo deficit neurologici che possano spiegare i sintomi del paziente, in particolare non vi sono neppure elementi in favore di una sindrome radicolare residua al braccio sinistro né di una sindrome radicolare agli arti inferiori. Non trovo neppure indizi in favore di una mielopatia cervicale e ritengo che non vi siano elementi clinici in favore di una lesione midollare sintomatica” (doc. 132-35). Il dr. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che, dal profilo strettamente neurologico, l’assicurato presenta una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività (doc. 132-36). L’aspetto psichico è, infine, stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 19 luglio 2010, ha posto la diagnosi di “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)” (doc. 132-21). Il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che “l’evoluzione del quadro clinico complessivo ha manifestato un miglioramento rispetto alla valutazione precedente”, grazie al fatto che “il quadro conversivo si è quasi totalmente ridimensionato spontaneamente” (doc. 132-21). Alla luce di queste considerazioni, il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato l’assicurato, per ragioni psichiatriche, inabile al lavoro nella misura del 20% sia nella sua precedente attività, sia in qualsiasi altra attività, a partire dal 1° gennaio 2010 (doc. 132-22). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 12 agosto 2010, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell’assicurato presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “sindrome dolorosa paravertebrale con componente spondilogeno cervicolumbare cronica a sinistra con/su: alterazione degenerativa del rachide cervicale (protrusione discale multisegmentale C3/C4, C6/C7, con marcato restringimento dei forami di coniugazione delle radici C5, C6 e C7 bilateralmente e leggero restringimento della radice di C4 bilateralmente); esiti da discectomia C5/C6 con stabilizzazione con gabbia di carbonio il 26.11.2003 in assenza di deficit neurologici; alterazioni degenerative del rachide lombare (minimo bulging discale posteriore con impronta sul sacco durale a contatto con l’origine della radice di L5 a destra in L4/L5, spondilartrosi bilaterale, bulging discale mediano paramediano a sinistra L5/S1 a contatto con l’origine della radice di S1 a sinistra senza deficit radicolari agli arti inferiori); disturbi statici del rachide (cifoscoliosi della dorsale con protrazione del capo, scoliosi destroconvessa lombare); decondizionamento e sbilancio muscolare; tendenza fibromialgica; 2. sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4), mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “incidentaloma ghiandola surrenale ds; ernia iatale, esofagite peptica, sospetta gastrite antrale anamnesticamente” (doc. 132/13-14). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto che la percentuale di inabilità lavorativa dell’assicurato nella sua precedente attività lavorativa è “invariata rispetto alla precedente valutazione SAM del 2007”, situandosi al 50% (doc. 132-17). Nello svolgimento di attività adatte al suo stato di salute, i medici del SAM hanno per contro considerato l’assicurato inabile al lavoro nella misura del 20%, visto il miglioramento avvenuto rispetto alla

precedente valutazione SAM del 2007 (allorquando era del 30%) (doc. 132-17). Infine, i medici del SAM hanno specificato che le percentuali di inabilità lavorativa reumatologica e psichiatrica non vanno sommate, bensì integrate, come nel 2007 (doc. 132-17). Essi hanno infatti spiegato che già nel 2007 “le percentuali di incapacità lavorativa reumatologica (30%) e psichiatrica (30%) non sono state sommate, bensì integrate, in quanto entrambi gli specialisti consideravano il sintomo principale dell’assicurato, ossia il dolore cronico. Lo stesso discorso vale attualmente” (doc. 132-18). Nel rapporto medico del 6 settembre 2010, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, medico generico (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha osservato: " Seconda perizia SAM (la prima in marzo 2007) per questo assicurato ora 53enne + 8 mesi, già operaio in una tipografia, attualmente senza attività, in assistenza. Valutazioni specialistiche: reumatologica, psichiatrica e neurologica, dagli stessi periti del precedente esame. L’assicurato è stato sottoposto anche a perizia reumatologica (10/2005) e neurologica (5/2008) singole. In conclusione, i periti valutano che la situazione sia praticamente sovrapponibile con la precedente, c’è stato dal punto di vista psichiatrico un certo miglioramento, nel senso che la sindrome da conversione non è più diagnosticata, ciò che rende le attività nei limiti dati esigibili all’80% (prima al 70%). Il neurologo constata una situazione simile al 2007 (e anche al 2008). Dal punto di vista reumatologico si mantiene una valutazione uguale, anche se all’esame la mobilità è un po’ migliore. Non sono più presenti i movimenti sussultori dell’assicurato constatati nelle precedenti valutazioni (ad eccezione della perizia neurologica di maggio 2008). Per l’attività precedente si ritiene una IL 50% (leggermente aumentata dai periti SAM rispetto a quanto stabilito dal reumatologo già nel 2007, ritenendola un po’ più pesante di quanto ritenesse lo specialista). In attività alternative la CL è migliorata (dal 70% all’80% CL) da gennaio 2010 (miglioramento dello stato psichico)." (Doc. 134-2) 2.9. In sede ricorsuale, l’assicurato ha contestato la decisione del 9 dicembre 2010 dell’UAI, producendo, a comprova delle sue allegazioni, un referto medico, datato 17 gennaio 2011, del dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina generale/omeopatia, del seguente tenore: " Il paziente citato a margine soffre delle seguenti patologie: - cervicobrachialgia sinistra, limitazione funzionale pluridirezionale in presenza di uno stato dopo discectomia e spondilodesi C5/C6 nel 2003 - toracalgia sinistra - nozione di una “placca” troppo grande - mielopatia cervicale all’altezza dei segmenti C5/C6 alla risonanza magnetica del 29.10.2007 - sindrome vertebrale/spondilogeno lombare in presenza di incipienti alterazioni degenerative segmentali, ogni tanto con indizio per una componente radicolare irritativa in atto - sintomatologia algica dal carattere urente in corrispondenza del I raggio del piede sinistro di origine non chiara: o componente meccanica: piuttosto poco probabile in considerazione del carattere urente del disturbo, della sua presenza pure durante la notte, malgrado l’accentuazione sotto carico o componente sciatagia: piuttosto no, in considerazione del mancato miglioramento dopo l’infiltrazione o componente mielopatica: potenzialmente possibile in considerazione del carattere urente del disturbo, della non risposta all’infiltrazione, eventualmente dall’asimmetria della sensibilità vibratoria, tuttavia molto focalizzata al I raggio Il decorso degli ultimi mesi mostra un costante aumento dei disturbi e dei dolori." (Doc. A2) Nelle annotazioni dell’11 febbraio il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina generale, ha osservato: " Assicurato valutato in ambito SAM 6.2010 Decisione del 16.3.2010: grado AI 100% dal 1.9.2007 fino al 30.9.2009, dal 1.9.2009 ritenuta abile al 100% in attività confacente Diagnosi: Sindrome dolorosa paravertebrale con componente spondilogeno cervicolombare cronica a sinistra Sindrome

somatoforme da dolore persistente Ritenuto abile al 50% in attività abituale, invariato rispetto a precedente perizia del 2007, mentre attività adatta esigibile all'80% Viene calcolato grado AI di pochi % con rifiuto di prestazioni (decisione del 9.12.2010, rendita limitata nel tempo da 7.2004 a 12.2005) Ricorso: documentazione presentata: breve certificato dr. \_\_\_\_\_ del 20.1.2011 o Riassunto diagnosi o Non risultano nuovi elementi clinici di rilievo (disturbi al piede già noti) Valutazione: assenza di elementi in favore di d'una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alle 2 perizie SAM." (Doc. IV/1) In corso di causa, l'assicurato ha ancora prodotto i seguenti referti medici: - referto del 17 febbraio 2011 indirizzato al dr. \_\_\_\_\_ da parte del dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurochirurgia, del seguente tenore: " La ringrazio dell'invio del suo paziente a margine, valutato lo scorso 20 gennaio 23 febbraio 2011. Anamnesticamente non ritorno sugli antecedenti, ricordando però un intervento di discectomia C5/C6, eseguito nel mese di novembre 2003 nel reparto di Neurochirurgia dell'OCL. Il paziente afferma che, subito dopo l'operazione, ha cominciato a lamentare dolori nella regione soprascapolare di sinistra, irradianti diffusamente nel braccio, senza parestesie; forti dolori a livello del thenar. A livello lombare vengono lamentati dolori lombari "a fascia", che si manifestano in posizione seduta ed in ante flessione, non venendo accentuati dal colpo di tosse e/o dallo starnuto. Assenti turbe sfinteriche. Un'infiltrazione con AL e probabilmente steroidi, praticata il

#### **E. 12**

mesi = 66'168.-- riportato su 40.5). In casu , posto che, come visto in precedenza (2.12.2.), dall'incarto non emergono indizi a favore del fatto che fosse intenzione dell'assicurato accontentarsi di un guadagno modesto, il reddito statistico da invalido (fr. 59'978.88 ) va dunque ridotto, come indicato dall'amministrazione nello scritto del 16 settembre 2011 (cfr. doc. XII/1) - in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 pubblicata in DTF 135 V 297 - del 33.31% - percentuale corrispondente al gap salariale del 38.31% (fr. 66'995 vs. fr. 41'326), meno il 5% (cfr. STF 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009) - e si attesta pertanto a fr. 39'999.90 . Ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.12.), da un punto di vista medico, l'assicurato può esercitare, da ottobre 2005, un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 70%, il reddito statistico citato va ridotto del 30% e ammonta a fr. 27'999.90 ( fr. 39'999.90 ridotti del 30% ). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2008, partendo da un salario da invalido di fr . 39'999.90 , ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 70% e ammettendo la riduzione dell'8%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 25'760.-- (fr. 27'999.90 - (fr. 27'999.90 x 8 : 100)) . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 41'326.-- (consid. 2.13.1.), emerge, come indicato dall'UAI nello scritto del

#### **E. 16**

settembre 2011 (doc. XII/1), un tasso d'invalidità del 37.66%, arrotondato al 38% 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, come stabilito dall'amministrazione nella decisione impugnata. Alla medesima conclusione si giunge anche con riferimento agli anni 2009 e 2010, come espressamente calcolato dall'UAI nelle tabelle allegare alle osservazioni del 16 settembre 2011 (cfr. doc. XII/1). Ora, visto il grado di invalidità inferiore al 40% nello svolgimento di altre attività adeguate, l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente negato l'attribuzione di una rendita a partire dal 1° gennaio 2006. Al riguardo va

evidenziato che dopo l'attribuzione di una rendita intera dal 1° luglio 2004 al 31 dicembre 2005, l'UAI ha soppresso il diritto alla rendita a partire dal 1° gennaio 2006, in quanto, giusta l'art. 88a OAI, s e la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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. In concreto, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.11.), l'assicurato è da considerare abile al lavoro al 70% a partire dal mese di ottobre 2005 (cfr. doc. 134-2). Di conseguenza, i tre mesi dopo il subentrare della capacità lavorativa del 70% dell'assicurato, ex art. 88a OAI, vengono a scadere il 31 dicembre 2005, come correttamente ritenuto dall'UAI (cfr. SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 632/05 del 25 ottobre 2006). Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita di invalidità dopo il 31 dicembre 2005, la decisione del 9 dicembre 2010 deve, perciò, essere confermata. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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