

# **TI\_GERICHTE 32.2012.1 vom 25. November 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-11-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.1)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.1 du 25 novembre 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.1 del 25 novembre 2011

## **Regeste**

Decisione dell'UAI di soppressione della rendita confermata a seguito di perizia pluridisciplinare SAM

## **Erwägungen**

### **E. 2**

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

### **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. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfüigten 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.) 2.9.3. In concreto, nel rapporto del 22 dicembre 2010, la consulente in integrazione professionale ha applicato una riduzione del 4% per attività leggere (doc. AI 93-3). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid.

#### **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. 2.6**

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).

#### **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 hievore), 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**

Da quando esiste una riduzione della capacità lavorativa prolungata dal vostro punto di vista specialistico e come si è evoluta fino al momento dell'attuale perizia? Nessun

riduzione.

### **E. 3.1**

En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF).

### **E. 3.2**

Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des

premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." Sul tema confronta la sentenza 9C\_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). 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 I 873/05 del 19 maggio 2006) Il TF, in una sentenza 9C\_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in SVR 2011 IV Nr. 56, ha esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivabile non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach

der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische un-  
unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare  
Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13  
luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.4. Per quanto concerne  
le conseguenze della giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme (cfr. DTF  
130 V 352 , vedi anche consid. 2.4.) sulle rendite correnti, l’Alta Corte nella DTF 135 V  
201 ha stabilito che una decisione cresciuta in giudicato riguardante una prestazione  
durevole solo eccezionalmente deve essere adattata, a sfavore dell’assicurato, a una  
modificata prassi giudiziaria. Un’eccezione richiede in primo luogo un’ampia diffusione  
della nuova giurisprudenza. È inoltre necessario che la giurisprudenza precedente sia ancora  
applicabile solo a poche persone, privilegiandole in modo urtante, oppure che  
l’assegnazione iniziale della prestazione appaia assolutamente insostenibile nell’ottica della  
nuova prassi (consid. 6, in particolare consid. 6.4). La giurisprudenza sviluppata in DTF  
130 V 352 non giustifica la riduzione o la soppressione di una rendita corrente a titolo di  
adattamento a basi giuridiche modificate (consid. 7). In un’altra sentenza 9C\_1009/2008 del  
1° maggio 2009 pubblicata in DTF 135 V 215 il TF ha confermato che la giurisprudenza  
esposta in DTF 130 V 352 non costituisce un motivo sufficiente per revocare, a titolo di  
adattamento a basi giuridiche modificate, delle rendite d’invalidità correnti (consid. 6).  
Nemmeno l’art. 7 cpv. 2 LPGa, che non modifica la nozione di incapacità al guadagno,  
costituisce un titolo giuridico sufficiente per fare ciò (consid. 7). L’Alta Corte ha, in  
particolare, sottolineato: “(...) 6.1.2 Au cours d’une évolution débutée dans les années  
nonante, les troubles somatoformes douloureux ont nettement pris de l’importance (cf.  
KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen  
Schwierigkeiten, Journal suisse de médecine 1997, p. 1380 ss, 1380 s.; PETER ROSATTI,  
De la sinistrose aux troubles somatoformes, in L’expertise médicale, 2002, p. 81 ss, 86). En  
tant que tel, le diagnostic correspondant - en particulier aussi celui de syndrome douloureux  
somatoforme persistant (CIM-10: F45.4) - ne dit rien encore quant à la capacité de travail  
de l’assuré (cf. ATF 130 V 396 consid. 6.2.3 p. 402 et les références). La doctrine  
psychiatrique en Allemagne a toutefois développé des critères pour poser un pronostic  
(KLAUS FOERSTER, Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen  
Störungen, RSAS 1996 p. 486 ss, 498) et évaluer l’exigibilité de l’exercice d’une activité  
lucrative (FOERSTER, Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht, in Psychiatrische  
Begutachtung, Venzlaff/Foerster [éd.], 3 e éd., Munich 2000, p. 509, 511; cf. aussi  
KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, op. cit., p. 1434 s., avec référence à l’étude fondamentale de  
WINCKLER et FOERSTER). La doctrine a introduit ces critères en droit suisse  
(HANS-JAKOB MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische]  
Gutachten, RSAS 1999 p. 1 ss et 105 ss) et le Tribunal fédéral des assurances les a repris  
par la suite (arrêt I 554/98 du 19 janvier 2000, dont des extraits ont été publiés in VSI 2000  
p. 152 [consid. 2c p. 154 s.]). Cette jurisprudence, qui ne constitue pas un revirement de  
fond quant aux principes posés dans l’ ATF 102 V 165 , mais une application de ceux-ci au  
diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", a également été reprise par la pratique  
administrative. Dans la Lettre circulaire AI n° 180 du 27 mai 2003 (n. 1018 de la Circulaire  
concernant l’invalidité et l’impotence de l’assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1

er juillet 2003), l'OFAS a indiqué que: "les 'douleurs somatoformes', en particulier, n'ont pas de conséquences pour la capacité de travail si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique; dans ces cas, on peut donc raisonnablement exiger un effort de volonté pour utiliser la capacité de travail. Le plus important est d'apprécier, sur la base de constatations objectives, si l'incapacité de travail de la personne assurée est totale ou partielle". 6.1.3 Dans l'arrêt ATF 130 V 352 rendu le 12 mars 2004, le Tribunal fédéral des assurances a également repris les "critères de Foerster" (en se référant à MEYER-BLASER, Arbeitsunfähigkeit [Art. 6 BGE 135 V 215 S. 227 ATSG], in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, p. 27 ss, 80 ss), mais en a décrit plus précisément la signification et l'application pour l'évaluation du droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. en particulier ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s.). En particulier, les médecins chargés d'une expertise et les organes d'application du droit ont été invités à examiner la capacité de travail dans chaque cas individuel au regard de critères déterminés, afin de garantir une appréciation de la capacité de travail plus uniforme et, de ce fait, plus conforme au principe de l'égalité de traitement. Le regeste publié au Recueil officiel mentionne une précision de la jurisprudence ( ATF 130 V 352 ). Le point de savoir s'il s'agit effectivement d'une précision de la jurisprudence ou d'un changement de celle-ci n'a pas à être résolu, dès lors que l'une ou l'autre qualification n'a pas d'influence sur le résultat. 6.2 6.2.1 Comme il ressort de l'exposé de jurisprudence ci-dessus, l'arrêt ATF 130 V 352 n'a pas modifié la situation juridique en ce sens qu'une rente était d'emblée allouée par le passé en cas de diagnostic de troubles somatoformes douloureux, alors que cela serait désormais exclu. Dans le cas qu'elle avait à juger, l'instance précédente alors compétente avait nié le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (en se fondant sur la jurisprudence antérieure), de même que les tribunaux cantonaux dans les arrêts ultérieurs publiés ( ATF 130 V 396 et ATF 131 V 49 ). Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux pouvait conduire - avant comme après l'arrêt ATF 130 V 352 - tant à l'admission qu'au rejet du droit à la rente. L'octroi de rentes dans le passé n'apparaît dès lors ni contraire au droit, ni inapproprié ou encore choquant dans la perspective actuelle. Aussi, une adaptation des rentes en cours ne se justifie-t-elle pas du point de vue de la mise en oeuvre de l'assurance conforme au droit et objectivement justifiable (cf. ATF 115 V 308 consid. 4b p. 316)". 2.5. Dando seguito alla sentenza del 12 luglio 2010 l'UAI ha affidato al SAM il mandato di esperire una nuova perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr.ssa \_\_\_\_\_), quella reumatologica (Dr. \_\_\_\_\_) e infine quella pneumologica (Dr. \_\_\_\_\_). Dal profilo della patologia psichiatrica, la Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in psichiatria, nel referto del 23 gennaio 2011, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi, la farmacoterapia e lo stato psichico, ha posto la seguente diagnosi e conclusione: " (...) DIAGNOSI con ripercussione sulla capacità lavorativa: - Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10, F 41.2) Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45.4) In questo soggetto il quadro somatoforme da dolore cronico si colloca in una dimensione in cui: - non esiste una patologia psichica di rilevante intensità - non esiste ritiro sociale - c'è una storia di sofferenza fisica ma senza conferme oggettive dirimenti - non manifesta un disagio psico-emotivo tale da compromettere l'esigibilità di un funzionamento lavorativo - esiste uno scarso successo delle terapie mediche sul dolore cronico e nessuna terapia di pertinenza psichiatrica - non si rileva un aggravamento del quadro nel corso degli anni, dal punto di vista psichiatrico 1 CONCLUSIONI : La signora ha avuto una vita difficile ma, nonostante l'espressione di un disagio emotivo a impronta

mista ansioso-depressiva, ella si mostra complessivamente capace di reagire, di risignificare. Il disagio espresso dall'assicurata non ha ripercussioni sulla capacità lavorativa, motivo per cui ella appare capace lavorativamente per i solo motivi di interesse psichiatrico al 100%. 2 Valutazione della capacità lavorativa (in percentuale) dell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a, se possibile specificando se dovuta a limitazione funzionale o di rendimento riferito a un'attività al 100% Abile al 100%.

#### **E. 4**

Riguardo le diagnosi da Lei esposte qual è secondo Lei la prognosi a medio-lungo termine? Prognosi buona per quanto allo stato dei fatti.

##### **E. 4.1**

Diagnosi reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa : 1. Sindrome del dolore cronico. - DD: sindrome fibromialgica primaria, "chronic fatigue syndrome", sindrome somatoforme. 2. Gonalgie a sx su incipiente gonartrosi e lesione del menisco mediale (vedi referto MRI del 04.02.2011). - Prevista prossimamente una valutazione chirurgico-ortopedica. 3. Poliartralgie di origine non chiara, in assenza di chiare sinoviti o tenosinoviti. - DD: nell'ambito della diagnosi 1. - Stato dopo trattamento con Plaquenil e Salazopirina nel 1998, interrotte per intolleranza. - Assenza di un miglioramento dei dolori articolari sotto terapia con corticosteroidi (ultimo trattamento per un paio di settimane nel gennaio 2011). 4. Sindrome cervico-vertebrale e cervico-cefalica cronica di origine principalmente miotensiva. - DD: nell'ambito della diagnosi 1. 5. Sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica su: - Incipienti alterazioni degenerative tra L3 ed S1. - DD: nell'ambito della diagnosi 1. 6. Incipiente poliartrosi alle mani.

##### **E. 4.2**

Diagnosi non reumatologiche con possibile ripercussione sulla capacità lavorativa: Poliallergie con episodi urticarioidi ed asmoidi ricorrenti. -Triptasi aumentate. 2. Sindrome ansiosa cronica.

##### **E. 4.3**

Diagnosi; senza ripercussione sulla capacità lavorativa: 1. GERD su ernia itale assiale. -Stato dopo trattamento eradicativo per infezione da Helicobacter pylori nell'agosto 2008 e nel maggio 2010. -In terapia cronica con IPP. 5. Valutazione e prognosi . La storia clinica dell'assicurata è già stata ampiamente precisata sia dagli esaustivi rapporti del dr. \_\_\_\_\_, sia dalle perizie reumatologiche eseguite nel 2007 e nel 2009 dal dr. \_\_\_\_\_. Si tratta di un'assicurata quasi 56enne che lamenta cronici e diffusi dolori al sistema locomotore di origine sicuramente multifattoriale. Il quadro clinico è sempre stato caratterizzato da una diffusa dolenzia di carattere fibromialgico. Nei rapporti vengono pure descritte delle possibili artriti/sinoviti, mai però del tutto confermate. Gli esami di laboratorio non hanno d'altronde mai mostrato un aumento dei parametri infiammatori. La sierologia reumatologica è attualmente negativa (nel corso degli anni vi sarebbero state delle misure degli ANA e degli anti-DNA leggermente positivi, ciò che verosimilmente è da imputare ad "errori" di laboratorio). Il tentativo di introdurre una terapia di base con Plaquenil e Salazopirina era stato presto interrotto nel 1998 a causa dell'intolleranza dei farmaci. Dei trattamenti con corticosteroidi non hanno invece mai portato ad alcun miglioramento del dolori articolari. Sottolineo inoltre come la MRI delle mani recentemente fatta eseguire dal dr. \_\_\_\_\_ non abbia evidenziato alcuna chiara sinovite a tenosinovite. Questi elementi a mio parere sconfessano la presenza di un'evtl. artropatia

infiammatoria. All'esame clinico ho potuto riscontrare un'assicurata in buone condizioni generali, ben collaborante, apparentemente non depressa, anche se un po' dimostrativa nel manifestare i suoi disturbi. È possibile evocare una dolenzia alla palpazione praticamente dell'intero sistema locomotore, dalla testa ai piedi, ben oltre ai classici tender points fibromialgici. Assenza di chiare sinoviti o tenosinoviti sia alle piccole articolazioni di mani e piedi, sia alle grosse articolazioni. I movimenti di flessione ad estensione del ginocchio sx risultano essere leggermente limitati e dolenti, assenza comunque di un chiaro versamento articolare o di segni per una meniscopatia acuta. I movimenti della colonna vertebrale sono pure leggermente limitati ad ogni livello, dolenti all'altezza della colonna lombare inferiore, in presenza comunque di una discreta contro-innervazione da lei stessa esercitata; nessun segno per una radicolopatia cervicale o lombare. In considerazione del quadro clinico da me ora rilevato, della complessa anamnesi, dei risultati di laboratorio, nonché dei risultati degli esami radiologici più volte eseguiti, compresa la recente MRI delle mani, ritengo di non poter confermare la presenza di un'artropatia infiammatoria. L'assicurata presenta invece una già ben descritta sindrome del dolore cronico, con evocazione di dolori alla palpazione dell'intero sistema locomotore, con reazioni algiche in parte inadeguate, non spiegabili né con la presenza di un'eventuale patologia infiammatoria, né tanto meno degenerativa. Leggendo gli atti medici a mia disposizione, in modo particolare le dettagliate valutazioni reumatologiche eseguite dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_, non credo di poter oggettivare alcun peggioramento subentrato nel corso degli ultimi anni. Tuttalpiù, l'unico elemento di nuova insorgenza è dato dai dolori al ginocchio sx, dove il collega \_\_\_\_\_ ha potuto evacuare alcuni ml di versamento di carattere irritativo, probabilmente causato dalla descritta meniscopatia. Per questi problemi al ginocchio è già prossimamente previsto un consulto ortopedico dal dr. \_\_\_\_\_. Personalmente ho comunque l'impressione che un evtl. intervento di meniscectomia ben difficilmente potrà influenzare i dolori attualmente lamentati dall'assicurata. Per quanto concerne la valutazione della sua capacità lavorativa, non ho motivo per modificare quanto già attestato dal collega \_\_\_\_\_ nel 2007 e poi ancora nel 2009, quando aveva ritenuto l'assicurata inabile al lavoro quale casalinga nella misura del 40% e per un'attività lavorativa leggera, adeguata alle sue condizioni di salute (attività che le permetta di cambiare frequentemente di posizione, che eviti carichi eccessivi per la colonna vertebrale, come il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg o movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori pesanti o ripetitivi da svolgersi con le mani) nella misura del 20%. Evidentemente questa valutazione di carattere medico-teorico si scontra con il quadro algico lamentato dall'assicurata, quadro comunque non oggettivabile o spiegabile da evidenti patologie di natura reumatologica. In qualità di amministratrice non vi è invece alcuna limitazione della capacità lavorativa. Sotto l'aspetto terapeutico ritengo che sarà difficile poter proporre alla signora RI 1 delle valide misure che possano migliorare in modo significativo i suoi cronici dolori, in assenza di un'adeguata risposta alle molteplici terapie già correttamente eseguite nel corso degli anni dal collega \_\_\_\_\_. Il quadro algico si è talmente cronicizzato ed è tanto fortemente influenzato da una problematica somatoforme da non attendersi alcun risultato favorevole né con misure medicamentose né tanto meno medico fisiatriche. Come già affermato sopra, non mi aspetto neppure un significativo miglioramento dei dolori al ginocchio sx, qualora verrà deciso di intervenire tramite artroscopia in occasione del prossimo consulto che verrà eseguito il 29.03.2011 da parte del dr. \_\_\_\_\_. La prognosi valetudinaria e perciò a mio parere da considerare sfavorevole soprattutto se si pensa ad un evtl. inserimento dell'assicurata nel mondo del lavoro, ciò che ritengo, alla sua età, ormai improponibile”

(doc. AI 87-48+49+50). La patologia neurologica è stata indagata dal Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, che nel referto del 1° febbraio 2011, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, lo stato neurologico, ha così risposto alle domande del SAM: " (...) Posso così rispondere alle vostre domande secondo il questionario base: 1. Diagnosi dal suo punto di vista neurologico: con influo sulla capacità lavorativa: senza influo sulla capacità lavorativa: ■ emicrania senza aura 2. Valutazione della capacità lavorativa (in percentuale) nell'attività da ultimo svolta dall'Assicurato/a, se possibile specificando se dovuta a limitazione funzionale o di rendimento riferito ad un'attività al 100 %. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici l'A. può essere considerata abile al lavoro al 100 %. 3. Da quando esiste una riduzione della capacità lavorativa prolungata dal punto di vista neurologico e come si è evoluta fino al momento dell'attuale perizia? Non vi è mai stata riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista neurologico. 4. Riguardo alle diagnosi da Lei esposte qual è secondo Lei la prognosi a medio-lungo termine? Probabilmente anche a medio-lungo termine la paziente continuerà a presentare cefalee recidivanti. 5. 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. 6. Vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Assunzione di analgesici al bisogno, in caso di peggioramento delle cefalee eventualmente cura profilattica per l'emicrania. 7. Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale e/o riformazione professionale? Descrivere le risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone. Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. 8. Ritiene che l'Assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in % in tale attività adatta, specificando da quando. Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. 9. In quale misura l'A. può svolgere l'attività di casalingo/a (motivare la percentuale). In misura del 100% dal punto di vista neurologico.

## **E. 5**

Come si giustifica la diminuzione della Capacità Lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Nessuna limitazione evidenziata.

### **E. 5.2**

si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81)." Nella presente fattispecie la percentuale del 4% può essere confermata dal TCA. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera 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). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr . 52'728.--, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico dell'80% e ammettendo la riduzione del

4%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 40'495.10 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 52'728.-- (consid. 2.9.1.) emerge un tasso d'invalidità del 23,2% arrotondato al 23% 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. L'UAI ha pertanto agito correttamente, procedendo alla soppressione delle prestazioni, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se 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 – a partire dal 28 febbraio 2010. Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita di invalidità dopo il 28 febbraio 2010, la decisione del 25 novembre 2011 deve quindi essere confermata. 2.10. L'assicurata nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'allestimento di una nuova perizia neutrale ed oggettiva (doc. I, pag. 6). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.11. 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'assicurata.

#### **E. 6**

Vi sono possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Non sembrano necessarie al momento.

#### **E. 7**

Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale e/o riforma professionale presso questo assicurato? Descrivere le residue risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone No, non li ritengo al momento necessari in questo soggetto ma mi pare che non esistano elementi di pertinenza psichiatrica che li controindichino in senso assoluto.

#### **E. 8**

Ritiene che l'assicurata/o sia capace di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in percentuale in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento) specificando da quando Ritengo che il soggetto sia in grado di svolgere tutte le altre attività teoricamente esigibili, compatibili con livello culturale, età, quadro fisico e attitudini personali nella stessa percentuale già detta (abile al 100%) da subito.

#### **E. 9**

In che percentuale l'assicurata/o può svolgere l'attività di casalinga/o (motivare la percentuale) Al 100%. 8 L 'ambiente di lavoro può sopportare i disturbi psichici dell'assicurato/a Sì." (doc. AI 87-42+43) Per quanto riguarda la patologia reumatologica, il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, nel referto del 21 febbraio 2011, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e quelli oggettivi ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. Diagnosi

#### **E. 10**

L'ambiente di lavoro dell'Assicurato/a è in grado di sopportarne i disturbi psichici? Da valutare in ambito psichiatrico." (doc. AI 87-52+53) Per quanto riguarda la patologia pneumologica, il Dr. \_\_\_\_\_, vice-primario di medicina interna dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, nel referto del 7 febbraio 2011, dopo aver esposto l'anamnesi della paziente, lo status e la funzione polmonare del 27 gennaio 2011 ha così risposto alle domande del SAM: " (...) 1. Diagnosi dal suo punto di vista specialistica (specificando se sono con o senza influenze sulla capacità lavorativa). 1. Asma bronchiale di origine allergica con: - attualmente abbastanza compensata sotto terapia 2. Poliallergia importante 3. Rinosinusite allergica con : - stato da svuotamento chirurgico del seno-mascellare nel 2007 a due riprese Tutte e tre le diagnosi con possibile influenza sulla capacità lavorativa. Diagnosi non specialistiche - Riflusso esofageo in trattamento, gastrite recidivante con Helicobacter pylori positiva con eradicazione a 2 riprese: - verosimile fibromialgia - oligo, politenosiviti ricorrenti possibilmente nel contesto di autoimmunopatia indifferenziata e/o di reumatismo palindromico - stato dopo colecistectomia dopo colecistite e colangite in seguito - stato da appendicectomia e tonsillectomia e febbre reumatica all'età di 10 anni 2. Valutazione della capacità lavorativa (in percentuale) nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a, se possibile specificando se dovuta a limitazione funzionale o di rendimento riferito ad un'attività al 100%. L'attività da ultimo svolta dall'assicurata è stata quella di casalinga. Dal punto di vista pneumologico attualmente la paziente non presenta una diminuzione della capacità lavorativa per l'attività come casalinga. Possibile una limitazione di rendimento e funzionale in caso di attacchi asmatici, esacerbazioni ma che sono di carattere intermittente e poco prevedibili (in media da 2 a 3 all'anno). 3. Da quando esiste una riduzione della capacità lavorativa prolungata dal vostro punto di vista specialistica e come si è evoluta fino al momento dell'attuale perizia? L'asma bronchiale risale a diversi anni orsono, non vi è però una situazione tale da comportare un'incapacità lavorativa prolungata dal punto di vista pneumologico. 4. Riguardo alle diagnosi di lei espresse qual è secondo lei la prognosi a medio-lungo termine? Si tratta di una patologia cronica che la paziente ha da diversi anni con sintomatologia intermittente con un trattamento adeguato, si può stabilizzare e controllare la sintomatologia che non dovrebbe peggiorare nel tempo. 5. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Attualmente dal punto di vista strettamente pneumologico non si constata alcuna diminuzione della capacità lavorativa e non vi sono vere e proprie limitazioni funzionali. 6. Vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo

stato di salute? Che effetti avrebbero questi procedimenti sulla capacità lavorativa? Con un trattamento precoce delle esacerbazioni asmatiche e il trattamento di fondo, così come il trattamento dei fattori concomitanti quali il reflusso esofageo e la rinosinusite allergica, la malattia si lascia controllare bene. Dato che non vi è una limitazione della capacità lavorativa attualmente non ci si può attendere neppure un miglioramento. 7. Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale e/o riforma professionale? Descrivere le risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone. Dal punto di vista pneumologico non vi sono controindicazioni e provvedimenti d'integrazione professionale e/o riforma professionale. Sono però da evitare tutte quelle professioni che mettono la paziente a contatto di sostanze irritative o che possono peggiorare l'asma bronchiale quali farine, sostanze irritative, polveri fini e condizioni ambientali avverse (luoghi fumosi, molto caldi.... ) o che comportano un contatto diretto con gli allergeni che provocano le esacerbazioni. 8. Ritiene che l'assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in % in tale attività adatta, specificando da quando. Vedi punto 7. In attività adatte, sempre dal punto di vista strettamente pneumologico non vi è alcuna limitazione funzionale, sempre che le condizioni di lavoro ambientali siano compatibili con l'asma bronchiale, pensabile un'attività del 100%. 9. In quale misura l'assicurato/a può svolgere l'attività di casalinga (motivare la percentuale). In base alla visita odierna dal punto di vista pneumologico non vi è alcuna limitazione all'attività quale casalinga. Possibile ma impossibile da quantificare è una diminuzione dal punto di vista del rendimento durante le fasi esacerbazioni 2-3 volte all'anno per la durata di 10gg" (doc. AI 87) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 25 maggio 2011 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 del dolore cronico, diagnosi differenziale sindrome fibromialgica primaria, "chronic fatigue syndrome". Gonalgie a sin. su incipiente gonartrosi e lesione del menisco mediale, vedi referto MRI del 4.2.2011. Poliartralgie d'origine non chiara, in assenza di chiara sinoviti e tenosinoviti, in diagnosi differenziale rientra la sindrome fibromialgica primaria e la "chronic fatigue syndrome", con stato dopo trattamento con Plaquenil e Salazopirina nel 1998, interrotto per intolleranza. Assenza di miglioramento dei dolori articolari sotto terapia con corticosteroidi (ultimo trattamento per un paio di settimane nel gennaio 2011 ). Sindrome cervicovertebrale e cervicocefalica cronica d'origine principalmente miotensiva, nella diagnosi differenziale rientra nella prima diagnosi. Sindrome lombovertebrale e spondilogenica cronica su incipiente alterazione degenerativa tra L3-S1, diagnosi differenziale nell'ambito della prima diagnosi. Incipiente poliartrite alle mani" (doc. AI 87-29). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata invece posta quella di "Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Emicrania senz'aura. Sindrome mista ansioso- depressiva (ICD-10 F41.2). Asma bronchiale d'origine allergica: -attualmente abbastanza compensata sotto terapia. Poliallergia. Rinosinusite allergica con stato da svuotamento chirurgico e del seno mascellare nel 2007 a due riprese. Reflusso esofageo in trattamento, gastrite recidivante a Helicobacter pylori positiva con eradicazione a due riprese. Stato dopo colecistectomia dopo colecistite, colangite. Stato dopo appendicectomia e tonsillectomia. Febbre reumatica all'età di 10 anni" (doc. AI 87-29+30). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 60% come casalinga, mentre in un'attività lavorativa adeguata la capacità lavorativa è dell'80% (doc. AI 87-36). 2.6. 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V

376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione : -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93 ); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446 ); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante 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).

## **E. 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 2010 (la soppressione della rendita è effettiva dal 28 febbraio 2010). 2.9.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C\_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nella fattispecie RI 1, dopo le scuole dell'obbligo ha svolto l'apprendistato di venditrice, conseguendo il diploma nel 1972. Fino all'età di vent'anni ha lavorato in un negozio di alimentari a \_\_\_\_\_ e successivamente si è dedicata all'attività di casalinga (doc. AI 45-10). A mente di questa Corte ritenuto come l'assicurata non ha più esercitato, se non occasionalmente, un'attività lavorativa, non è possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che ella avrebbe potuto conseguire senza invalidità. In considerazione di ciò, il reddito da valido va determinato sulla base di dati statistici come correttamente ha fatto l'Ufficio AI e non contestato dalla ricorrente. Applicando i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, riferita all'anno 2010, categoria 4, attività semplici e ripetitive valore medio, si ottiene un importo mensile di fr. 4'225.-- che riportato su 41.6 ore corrisponde a fr. 4'394.-- al mese, pari a fr. 52'728.-- all'anno. 2.9.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, 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). Nel caso concreto, applicando i dati forniti dalla succitata tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 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. 4'225.-- Riportando questo dato su 41.6 ore ( cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 9-2011, p. 94 ), esso ammonta a fr. 4'394.-- mensili oppure a fr. 52'728.-- per l'intero anno (fr. 4'394.-- 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). 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%): "

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