

## **TI\_GERICHTE 32.2003.30 vom 12. März 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-03-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2003.30](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.30)

FR: TI\_GERICHTE 32.2003.30 du 12 mars 2003

IT: TI\_GERICHTE 32.2003.30 del 12 marzo 2003

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

consid. 1.2; DTF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Inoltre, il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b). Siccome nel caso in esame i fatti alla base della decisione impugnata si sono realizzati prima del 1° gennaio 2003, dal punto di vista materiale risultano applicabili le disposizioni di legge in vigore sino al 31 dicembre 2002. Le disposizioni formali della LPGA (art. 27 – 62 LPGA), in assenza di disposizioni transitorie contrarie, sono invece immediatamente applicabili con l'entrata in vigore della nuova legge e pertanto contro tutte le decisioni intimate dopo il 1° gennaio 2003 è data la facoltà di inoltrare opposizione ai sensi dell'art. 52 LPGA (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; cfr. anche Kieser, ATSG-Kommentar, Basilea 2003, art. 82 N. 8 e 9 pag. 820/1). L'UAI ha quindi rettamente seguito l'iter procedurale sancito dall'art. 52 LPGA. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se \_\_\_\_\_ ha diritto ad una rendita d'invalidità. 2.4. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. Va altresì rilevato che, secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les

prestations, Lausanne 1985, pagg. 200 e ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (art. 28 cpv. 2 LAI: metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid.1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, op. cit, pag. 232; D. Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito va rilevato che, secondo la recente giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPG A, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.5. Nel caso concreto, a seguito della domanda di prestazioni, l'UAI ha incaricato il dr. \_\_\_\_\_ di esperire una perizia reumatologica ed il dr. \_\_\_\_\_ per una valutazione psichiatrica. 2.5.1. Dal referto 21 novembre 2002 (doc. AI \_) risulta che lo specialista in reumatologia, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, nonché le constatazioni obiettive, ha posto la seguente diagnosi: " (...) 4.- DIAGNOSI - Sindrome lombovertebrale cronica di entità lieve con/da · turbe statiche del rachide (scoliosi destroconvessa in zona lombare) · alterazioni degenerative (discopatia L4/5 con ernia discale centrale; spondilartrosi tra L4 ed S1). - Sindrome del dolore cronico (somatizzazione nell'ambito di un'evoluzione depressiva?) - Osteopenia? - Possibile arteriopatia periferica a destra (claudicatio intermittente?) - Tabagismo. (...)" (Doc. AI \_, pag. 5) In merito alla capacità lavorativa il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato quanto segue (sottolineatura del redattore): " (...) Su base delle constatazioni cliniche e della documentazione radiologica si può ammettere un certo limite della caricabilità fisica del paziente con ripercussioni anche sulla capacità lavorativa. Il signor \_\_\_\_\_ non può alzare pesi dal suolo superiori a 10-12 kg. circa, può effettuare movimenti di flessione con il tronco solo ad un ritmo ridotto (con una frequenza non superiore ad una volta al minuto) ed è impedito a svolgere lavori in flessione od estensione lombare prolungate (possibili solo per 5-10 minuti senza interruzione). Può invece effettuare lavori in posizione inginocchiata. Non trovo elementi clinici che potrebbero impedirlo a rimanere in piedi o seduto anche per un'ora senza interruzione. Può salire e

scendere scale normali ed a pioli senza impedimento. Può far uso delle braccia e delle mani in maniera normale. Con questi impedimenti il lavoro svolto di muratore/piastrellista potrebbe essere ancora possibile nella misura del 50%. Per quanto riguarda un'attività lucrativa più confacente essa dovrebbe permettere al paziente di rispettare i limiti di cui sopra con allora la possibilità teorica di raggiungere una capacità lavorativa addirittura normale. Questa valutazione non tiene conto degli aspetti extrareumatologici che a mio modo di vedere sono addirittura dominanti e riguardano una sindrome algica diffusa interpretata quale sindrome del dolore cronico, da ritenere espressione di un disagio di natura psico-sociale con manifestazioni somatoformi. Non è di mia competenza interpretare il terreno socio-culturale sul quale possono nascere dei disturbi di autostima fino a ritenersi impossibilitato a svolgere qualsiasi attività fisica. È evidente che il paziente si ritiene completamente invalido, con un atteggiamento di sofferenza che rende impossibile qualsiasi misura reintegrativa. In un consulto psichiatrico avvenuto durante la degenza del paziente nella Clinica \_\_\_\_\_ si è evidenziato "una sindrome del dolore somatoforme" senza che sarebbero state riscontrate turbe psichiche vere e proprie (secondo lettera d'uscita del 01.09.2000). Lascio all'AI giudicare l'opportunità di un approfondimento in merito alla presenza di una sindrome depressiva (come ipotizzata dal medico curante) che potrebbe contribuire al quadro clinico attuale. Trattandosi di una situazione cronicizzata, apparentemente ribelle alle cure adeguate finora proposte non vi sono ulteriori proposte terapeutiche del caso. Il paziente non necessita di mezzi ausiliari. (...)" (Doc. AI \_, pag. 7-8) Il perito ha altresì suggerito al medico curante un approfondimento diagnostico riguardante un'eventuale arteriopatia periferica alla gamba destra, rispettivamente la presenza di un'osteoporosi, precisando comunque come tali patologie non influiscano in modo determinante sulla valutazione della capacità lavorativa (doc. AI \_ pag. 8).

2.5.2. Per quanto riguarda la componente psichica del ricorrente, con rapporto 21 aprile 2002 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10: F 45.4), Segnatamente egli ha rimarcato quanto segue (le sottolineature sono del redattore): "(...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro A livello psicologico e mentale è presente una sindrome somatoforme da dolore persistente con evidenti segni di aggravamento ma senza alcun segno clinicamente rilevante deponente per una sindrome ansiosa-depressiva o un altro quadro psicopatologico maggiore. Considerate le tendenze rivendicative, la personalità poco differenziata e il desiderio del paz. di ritornare al suo paese d'origine, la prognosi, per quanto concerne la ripresa di un'eventuale attività lavorativa è praticamente nulla. È tuttavia esigibile e teoricamente possibile, da un punto di vista psichiatrico, un'attività lavorativa al 100% per qualsiasi lavoro ritenuto compatibile con le limitazioni reumatologiche. Con grande probabilità, questa condizione (di capacità lavorativa) è sempre stata data (a livello psichiatrico). C. Conseguenze sulla capacità di integrazione Il paz. non è minimamente motivato a considerare, neppure teoricamente, un qualsiasi progetto di reintegrazione professionale. In teoria, da un punto di vista psichiatrico, non ci sarebbero degli impedimenti di natura psicologica." (Doc. AI \_, pag. 9)

2.5.3. Infine, la valutazione economica è stata eseguita dal consulente in integrazione professionale (in seguito: consulente). Basandosi sui referti peritali, nel rapporto 4 novembre 2002 egli ha elencato una serie di attività adeguate che l'assicurato potrebbe ancora svolgere con il danno alla salute - riportate nella decisione 7 gennaio 2003 (cfr. consid. 1.2) - ed ha inoltre determinato il relativo reddito presumibile in fr. 46'539 (doc. AI \_). Dal raffronto di quest'ultimo importo con il salario che l'interessato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità (fr. 68'754), ne è risultata un'incapacità al

guadagno di circa il 32%, non sufficiente per l'erogazione di una rendita. L'UAI ha inoltre escluso l'adozione di qualsiasi provvedimento professionale in quanto nel citato rapporto il consulente ha riscontrato nel ricorrente l'assenza di motivazione, interesse e volontà di esaminare qualsiasi altra attività lucrativa (doc. AI \_). 2.6. Va ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b/cc), cfr. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 111). 2.7. Nel caso in esame, questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia. Egli ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla parziale abilità lavorativa (50%) nella precedente professione di piastrellista e alla totale abilità in altre attività lucrative rispettose dei limiti funzionali esposti in sede peritale. \_\_\_\_\_ ha contestato tale valutazione, ritenuta frettolosa e svolta in via ambulatoriale ed ha prodotto della nuova documentazione medica. Orbene, il fatto che la valutazione eseguita dal dr. \_\_\_\_\_ è stata eseguita ambulatoriamente non è di per sé rilevante. Determinante è piuttosto che il rapporto peritale rispecchia i parametri giurisprudenziali citati al consid. 2.6. Riguardo alla nuova documentazione medica, trasmessa all'amministrazione per osservazioni, va detto quanto segue. Circa il rapporto 24 marzo 2003 della TAC spirale cervico-dorsale e spirale lombare, eseguita presso la Clinica \_\_\_\_\_, rettamente il

Servizio medico regionale dell'AI (in seguito: SMR), ha rilevato come tali esami non portano elementi diagnostici nuovi rispetto a quelli conosciuti e valutati in sede peritale (V bis). Infatti, le conclusioni ivi contenute [ spondilosi deformante al segmento C 3-6, moderata spondilartrosi cervico medio-inferiore, non segni di ernia discale a livello C3-D2, ernia al disco L4-5 dorsomediale del rachide lombare, spondilartrosi L3-S1, ispessimento delle trabecole ossee a livello L3-5 ( artrofia ipertrofica o emangiomi vertebrali), cfr. doc. \_], corrispondono sostanzialmente al quadro clinico accertato dal dr. \_\_\_\_\_ ( cfr. consid. 2.5.1). Analogo discorso vale anche per la RM della colonna lombare del 5 febbraio 2002 da cui risulta “una sindrome dolorosa alla colonna lombare da due anni” (doc. \_), affezione già individuata dal perito nella sua valutazione del 21 novembre 2001. Per quel che concerne gli esiti dell'elettroencefalografia e dell'elettromiografia eseguite presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ nel febbraio 2002 (doc. \_), il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle annotazioni 22 aprile 2003, ha osservato che “ l'esame è normale per tutti i nervi valutati ad eccezione del nervo ulnare sinistro che spiega la sensazione di “formicolio” e di diminuita sensibilità alle dita 4 e 5 della mano sinistra. Questa manifestazione può limitare la capacità lavorativa per attività dove è richiesta una particolare sensibilità e precisione. L'esame da solo poi non porta ancora a una diagnosi precisa, alla valutazione di una eventuale terapia” (Vbis, sottolineatura del redattore). Quindi, anche questi due test non sono idonei a modificare il giudizio sull'abilità lavorativa espresso dal perito, visto che le attività adeguate elencate dal consulente non richiedono una particolare sensibilità e precisione alle mani. \_\_\_\_\_ ha trasmesso al TCA lo scritto 7 aprile 2003 del suo medico curante. Facendo riferimento al succitato rapporto radiologico 24 marzo 2003 della Clinica \_\_\_\_\_ il dr. \_\_\_\_\_ ha precisato quanto segue (sottolineatura del redattore): " (...) L'ultima documentazione radiologica del 24.03.2003 è sostanzialmente simile a quella del 5.02.2003 del Dr. \_\_\_\_\_ (RM lombare citata sopra, n.d.r.) ma tutti e due i reperti sono, dal punto di vista clinico, inquietanti: il paziente potrebbe essere anche portatore di emangiomi che si estenderebbero dalla XIma vertebra toracale ad alcune vertebre lombari. Questo dato, non menzionato dal Dr. \_\_\_\_\_, potrebbe essere una delle causa per i continui dolori dorsolombari che perseguitano il paziente e che si manifestano anche stando fermo. Questa patologia quindi è presente in qualsiasi situazione che richieda sforzi medi ma anche piccoli sforzi e persino a riposo." (Doc. \_) Ora, rettamente il SMR ha evidenziato come la presenza di un emangioma non abbia valore patologico e quindi non rilevante ai fini della causa (Vbis). Infatti, già nel referto 24 novembre 1999 dell'Ospedale \_\_\_\_\_ relativo alla RM della colonna vertebrale, documento visionato dal dr. \_\_\_\_\_, era stato riscontrato, quale reperto secondario, “ un emangioma di 1.5 cm di diametro, a carico del corpo di TH11, senza significato patologico” (sub. doc. AI \_, sottolineatura del redattore). Non vanno tuttavia dimenticate le difficoltà incontrate dal dr. \_\_\_\_\_ durante l'esecuzione della perizia, nonché la discrepanza tra le lamentele soggettive espresse dall'assicurato ed il correlato quadro clinico. Su tale punto il perito ha infatti rimarcato quanto segue (le sottolineature sono del redattore): " (...) Il giudizio clinico è stato ostacolato da un atteggiamento difensivo e dimostrativo (come già costato dai colleghi che hanno esaminato il paziente in precedenza, vedi sopra). Vengono segnati dolori lombari con delle pseudomanovre che non sollecitano alcuna pressione od alcun movimento del tratto lombare (forza assiale sulla testa, rotazione globale del corpo). Il limite della mobilità lombare dimostrato durante l'esame contrasta con la scioltezza con la quale il paziente riesce a togliersi, rispettivamente rimettersi le scarpe e le calze, movimenti durante i quali sviluppa una flessione lombare armoniosa. I dolori segnalati alla palpazione delle parti

molli lungo il rachide, rispettivamente nel cinto scapolare e nel braccio destro non hanno un correlato anatomico. In assenza di qualsiasi disfunzione muscolare od articolare e senza patologie neurologiche evidenti non vi sono le basi per ritenerle d'origine organica. (...)" (Doc. AI \_, pag. 7). Infine, nel medesimo scritto 7 aprile 2003 il medico curante si è così espresso in merito capacità lavorativa: "(...) Il punto centrale del caso del \_\_\_\_\_ è legato alla professione di muratore-piastrellista incompatibile con lo stato di salute attuale, alla lunga assenza dal mondo del lavoro che è di tre anni e mezzo circa e che risale al 24.11.1999 ed infine all'età del paziente e alla mancanza di requisiti per una nuova qualifica per mancata conoscenza della lingua ed istruzione in genere. Ritornando ai miei rapporti del 21.11.2000 e del 06.02.2003 nei quali ritenevo il paziente inabile al 100% confermo la validità di quanto detto ma naturalmente in qualità di muratore-piastrellista. Del mio stesso parere è anche la Dr.ssa \_\_\_\_\_ e la Dr.ssa \_\_\_\_\_. Persino la Clinica di \_\_\_\_\_ ritiene il paziente abile al 50%. I problemi nascono quindi nel momento di una riqualificazione e quando si cerca di fare i conti con la capacità teorica residua in questo tipo di paziente privo di ulteriori risorse psichiche, forza vitale, che si perde nei meandri degli articoli di legge, che non capisce la lingua e che ad ogni passo ha l'impressione di essere discriminato. Concludendo chiedo di applicare, nel caso del \_\_\_\_\_ specialmente basandomi sulla patologia dei corpi vertebrali angiomatici, il caso di rigore nell'accordare una rendita di almeno il 41%." (Doc. \_) Su questo punto il dr. \_\_\_\_\_ ha rettamente evidenziato che: "(...) ho l'impressione che, in modo simile al paziente, si faccia confusione tra grado AI e grado IL. Un'integrazione viene poi messa in dubbio per l'età e la mancanza di requisiti, per mancata conoscenza della lingua italiana ed istruzione in genere. Sottolinea che valuta l'IL del 100% per l'attività di muratore piastrellista pur non mettendo in dubbio la validità della perizia reumatologica. Non discute della valutazione delle attività meglio adeguate allo stato di salute. Non trova così sostegno la richiesta di accordare al paziente una rendita del 41%." (Doc. \_) Determinante è comunque che, come riportato quanto sopra, non vi è alcun valido motivo che permette di discostarsi dalla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ sulla piena abilità dell'assicurato nell'esercizio di attività adeguate. La stessa dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto 24 ottobre 2000, ha del resto ritenuto possibile un lavoro leggero (doc. AI \_). 2.8. Per quel che concerne la componente extra-somatica, nel rapporto 21 aprile 2001 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, non ha riscontrato un'affezione psichiatria invalidante. Analogamente a quanto espresso riguardo alla valutazione reumatologica, la perizia in esame risulta essere approfondita e dettagliata, resa tra l'altro previa consultazione dei medici curanti dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_. Con il ricorso l'assicurato ha trasmesso il rapporto 27 marzo 2002 del dr. \_\_\_\_\_ inviato al dr. \_\_\_\_\_ in cui lo psichiatra curante ha osservato quanto segue: " la ringrazio per avermi affidato il paziente succitato, il quale ho visto per la prima volta il 27.02.2002 e il 26.03.2002. L'anamnesi familiare le è già ben nota e non mi sembra il caso di ripetere tutto. Si tratta di un quadro depressivo maggiore trattato con Saroten in un soggetto che ha fatto la domanda d'invalidità e che dovrebbe essere prossimamente peritato dal Dr. med. \_\_\_\_\_. Il quadro depressivo è insorto verosimilmente in seguito alle menomazioni della colonna vertebrale, menomazioni che hanno impedito al paziente di lavorare. Visti i problemi con la schiena, indipendentemente se si tratta di alterazioni oggettive oppure della sindrome somatoforme, il paziente si è visto impedito a svolgere la propria attività lavorativa. Ormai pensa che non potrà più mantenere la famiglia in patria. Teme anche il rientro in patria poiché non avrà più di cosa vivere, ma nel medesimo tempo non desidera altro che ritornare a casa. È allarmato poiché gli avrebbero annunciato che non

può ritirare il secondo pilastro poiché non sa chi lo curerà in patria. È convinto che è stato danneggiato da tutti. Esiste un'ideazione di stampo persecutorio, basso tono d'umore, perdita d'interessi per le cose normalmente ritenute piacevoli, classica ciclia circadiana con tono d'umore relativamente migliore verso le ore serali. Si sente un uomo finito e spera solo di tornare nella propria patria per essere seppellito vicino ai suoi famigliari. È convinto che nessuno gli darà una mano, che i suoi documenti sono stati manipolati, nascosti e che i medici curanti precedenti gli hanno fatto sola del male poiché è uno straniero. La sofferenza di quest'uomo mi è apparsa autentica e ho l'impressione che ha accettato volentieri il trattamento, ma purtroppo la somministrazione dei dosaggi maggiori di Saroten lo ha portato ad un'eccessiva sonnolenza. In data odierna ho modificato il trattamento con i farmaci proponendo del Dogmatil 200 mg ½ ½ 1, e Tolvon 30 mg 1 pastiglia la sera unitamente al Tranxilium 20 mg." (Doc. \_) Vero che il dr. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato un'affezione (sindrome depressiva) diversa da quella riscontrata dal perito (sindrome da dolore somatoforme). Va tuttavia detto che la dettagliata ed approfondita valutazione del dr. \_\_\_\_\_ si è anche basata sul colloquio avuto con lo stesso psichiatra curante. Al riguardo il perito ha rilevato quanto segue: "(...) Secondo il medico si tratta di una sofferenza sociale e di una "sindrome dell'emigrazione". E' un paz. poco differenziato convinto che il nostro paese gli debba qualcosa. Ha visto il paz. solo due volte e la valutazione è stata "generosa". (Le conclusioni della presente perizia vengono discusse e comprese dal medico che, per il resto, non menziona elementi nuovi e comunque tali da incidere sulle nostre conclusioni). (...)" (Doc. AI \_, pag. 5). Infine, seppur diagnosticando una sindrome somatoforme da dolore persistente - tra l'altro riscontrata la prima volta durante il soggiorno dell'assicurato presso la Clinica \_\_\_\_\_ (cfr. rapporto 1° settembre 2000 : " A nostro modo di vedere le alterazioni degenerative non spiegano pienamente la sintomatologia aspecifica tendenzialmente cronicizzante e non appaiono sufficienti ad inquadrare il paziente che ostenta manifestazioni somatoformi", sub doc. AI \_, sottolineatura è del redattore) - , il dr. \_\_\_\_\_ ha reso la seguente valutazione psichiatrica: "(...) Nel corso della nostra indagine diagnostica non abbiamo potuto evidenziare una patologia psichiatrica maggiore, in particolare nessun segno deponente per una depressione o per uno stato ansioso. Con grande probabilità, la sindrome di dolore persistente ha una funzione appellativa e rivendicativa. Lo indica l'atteggiamento teatrale con cui egli esprime le sue lamentele, già costatate da altri medici e l'inattendibilità delle sue affermazioni quando dice di non riuscire a camminare se non con molta difficoltà e di dover prendere il bus per venire alla visita medica. In realtà, non solo non prende il bus ma, non appena girato l'angolo, riesce a camminare con disinvoltura, senza segni di zoppia, per un tratto di diversi chilometri. E' anche evidente (e comprensibile) il desiderio di ritornare al suo paese, dove ha lasciato moglie e figli, che ormai sono diventati adulti. In base a queste considerazioni, riteniamo che da un punto di vista psichiatrico non ci sia alcuna limitazione per quanto concerne la capacità lavorativa nella professione precedentemente svolta. (...)" (Doc. AI \_, pag. 8.9) A tal proposito va rimarcato che, riguardo all'invalidità cagionata da un'affezione psichica, il TFA ha avuto modo di stabilire come sia decisivo che il danno debba essere di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 102 V 165; ZAK 1984 pag. 607; 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). Orbene, dalla succitata valutazione psichiatrica, non risulta che il ricorrente presenta una grave affezione

psichiatrica invalidante, né può essere argomentato che una ripresa del lavoro è da ritenere intollerabile alla società. Ricordando infine che, secondo la giurisprudenza federale, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, il medico di fiducia attesta a favore del suo paziente (cfr. consid. 2.6), secondo questa Corte, alla perizia del dr. \_\_\_\_\_ va di conseguenza data la preferenza ed alla stessa va conferito valore probatorio pieno ai sensi dei dettami giurisprudenziali di cui al consid. 2.6. In conclusione, tenuto conto delle dettagliate e complete perizie reumatologica e psichiatrica, è da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che \_\_\_\_\_ presenta una capacità lavorativa medico-teorica del 100% in attività leggere rispettose delle limitazioni funzionali descritte dal dr.

\_\_\_\_\_. 2.9. Contrariamente alla valutazione espressa dal consulente in integrazione professionale, \_\_\_\_\_ sostiene che la sua età, la sua professione, la sua scolarità, nonché la sua scarsa conoscenza dell'italiano gli precludono l'accesso al mercato del lavoro. Va qui ricordato che compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op.cit., pag. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 201). A i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve quindi fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer-Blaser, op cit. pag. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 2a edizione, Berna 1997, pag. 80). Orbene, nel dettagliato ed esaustivo rapporto 4 novembre 2002 il consulente, tendendo conto delle risultanze peritali – in particolare le limitazioni funzionali – ed escludendo qualsiasi misura integrativa professionale, ha fra l'altro elencato una serie di professioni esigibili nel settore del Secondario privato non qualificato (assemblaggio di componenti semilavorati di piccole-medie dimensioni, produzione, stoccaggio ecc.) e nel Terziario, (cassiere o addetto alla biglietteria, o sorvegliante, cfr. doc. AI \_). In questo contesto, dunque, le diverse professioni elencate dal funzionario (del resto riportate nella decisione 3 gennaio 2003) sono da ritenere adeguate, visto che l'assicurato sostanzialmente deve evitare movimenti che gli compromettono la schiena, quale la flessione o l'estensione lombare prolungata, il sollevamento ed il trasporto di pesi oltre i 20 chili (cfr. perizia 21 novembre 2002 dr. \_\_\_\_\_ pag. 7 e rapporto 24 luglio 2002 del consulente pag. 2). Inoltre va precisato che l'assenza di un'occupazione lucrativa per ragioni estranee ad un danno alla salute, quali le particolari condizioni del mercato del lavoro in una determinata regione, l'età, la mancanza di una formazione (sufficiente) o difficoltà linguistiche, non consente di riconoscere il diritto ad una rendita, l'incapacità di lavoro che ne risulta non essendo dovuta a una causa per la quale la legge impone all'assicurazione per l'invalidità di prestare alcunché ( DTF 107 V 21 consid. 2c; VSI 1999 pag. 247 consid. 1). Sotto questo aspetto va altresì ricordato che nell'ordinamento giuridico svizzero la mancanza di lavoro dovuta a squilibri del mercato del lavoro viene considerata nei limiti della legge

dell'assicurazione contro la disoccupazione e non da quello per l'invalidità. 2.10. A l fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario dell'art. 28 LAI (cfr. consid. 2.4), occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute quale piastrellista (reddito da valido) con quello risultante dalle attività leggere ripetitive non qualificate (reddito da invalido). Per quel che concerne il salario da valido (non contestato), dalla citato rapporto 4 novembre 2002 del consulente, risulta che l'amministrazione ha preso in considerazione l'importo annuo di fr. 68'754.--, adeguato al 2002 (doc. AI \_). Riguardo al salario da invalido, considerato che l'assicurato non ha mai intrapreso un'attività adeguata, la determinazione di tale reddito può essere ricavata dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (VSI 2002 pag. 68 consid. 3b, DTF 126 V 76 consid. 3b/bb, RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in VSI 2002 pag. 64). In applicazione dei succitati criteri, secondo costante giurisprudenza di questo Tribunale, conformemente ai dati statistici salariali (valore mediano) pubblicati dall'Ufficio federale di statistica ("L'enquête suisse sur la structure des salaires 2000"), il salario ipotetico nel 2000 conseguibile in attività leggera e ripetitiva adeguata esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, che possono arrivare al massimo al 25% (DTF 124 V 323; VSI 2000 pag. 85 e, soprattutto, STFA inedita del 9 maggio 2000 nella causa A, I 482/99), riportato su 41,8 ore (cfr. "La vie économique" 2/2002", Tabella B9.2, pag. 88), nel settore privato corrisponde a fr. 50'498.-- (fr. 4027 : 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e fr. 36'328.-- (fr. 2'897: 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato), mentre che nel settore privato e pubblico l'ammontare è di fr. 51'702.-- (fr. 4123: 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e fr. 36'679.-- (fr. 2925: 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato e pubblico). Ora, dalla decisione su opposizione (punto 8) si evince come l'amministrazione abbia determinato il reddito da invalido (stato 2002) sulla base dei succitati dati statistici ufficiali, giungendo ad un importo di fr. 46'575.--, inclusa una riduzione di rendimento del 10% stabilita dal consulente. Dal raffronto tra tale dato ed i fr. 68'754.-- di reddito da valido, l'amministrazione ha determinato un'incapacità al guadagno del 32, 26 %. Sebbene per il raffronto dei redditi non è stato preso in considerazione il momento dell'eventuale inizio del diritto alla rendita (cfr. consid. 2.4), in casu il mese di novembre 2000 (la decorrenza dell'anno di carenza risale infatti al 24.11.1999, data in cui il dr. \_\_\_\_\_ ha fatto iniziare l'incapacità lavorativa al 100% nella professione di piastrellista, cfr. doc. AI \_), questa circostanza non permette tuttavia di assegnare una rendita d'invalidità, essendo infatti i dati di reddito del 2000 inferiori a quelli del 2002 presi in considerazione dall'UAI (doc. AI \_, doc. AI \_), ritenuto per il resto che anche per quanto riguarda il periodo successivo nessun elemento consente di ipotizzare una rilevante modifica del grado d'invalidità sino alla decisione su opposizione del 12 marzo 2003. 2.11. Da ultimo, \_\_\_\_\_ ha chiesto che venga esperita una perizia giudiziaria. Al proposito si osserva che 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 469 consid. 4a; 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 degli atti di causa, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti. Non essendovi inoltre alcun motivo per ritenere inaffidabile sia la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ che quella del dr. \_\_\_\_\_, non è parimenti necessario ordinare una perizia giudiziaria. Sulla scorta dei considerandi precedenti, la decisione su opposizione contestata merita conferma, mentre il ricorso dev'essere respinto.

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