

## **TI\_GERICHTE 32.2009.135 vom 29. Mai 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-05-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.135)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.135 du 29 mai 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.135 del 29 maggio 2009

### **Regeste**

A ragione l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni essendo il grado d'invalidità non pensionabile

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

gennaio 2004 sono in vigore le norme introdotte dalla 4a revisione della LAI e il 1. gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 130 V 445 consid. 1 pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329; 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Ne consegue che nel caso in esame sono applicabili le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2002, al 31 dicembre 2003 e al 31 dicembre 2007 per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tali date, mentre per il periodo dal 1° gennaio 2008 sino alla decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), trovano applicazione le norme della 5a revisione LAI. In concreto la questione non ha comunque particolare portata pratica, poiché la LPGa non ha portato alcuna modifica sostanziale per quel che concerne, in ambito dell'assicurazione per l'invalidità, i concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione (della rendita d'invalidità e di altre prestazioni durevoli), la 4a revisione della LAI ha, in particolare, introdotto il diritto a tre quarti di rendita (art. 28 cpv. 1 LAI) e anche la 5a revisione dell'AI non ha modificato in maniera sostanziale le disposizioni legali sulla valutazione del grado d'invalidità. La giurisprudenza fondata sulle norme precedenti mantiene pertanto la sua validità (cfr. STF 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 4 con riferimento a STF 8C\_76/2009 del 19 maggio 2009 consid. 2 e DTF 130 V 343). Di seguito sarà utilizzato il testo delle norme attualmente in vigore e, solo se necessario, richiamato il precedente tenore. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende 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 (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono

invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato 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 (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza – di regola – non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, *op. cit.*, p. 232). 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 Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) 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; DTF 114 V 313). Al proposito va precisato che, secondo una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche 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; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrecht*, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla

salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA del 30 giugno 2004 nella causa W., I 166/03, consid. 3.2).” Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.6. Qualora l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda di prestazioni essa deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser / Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid.

### E. 3

b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGa il 1° gennaio 2003 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF 20 giugno 2007 nella causa K, I 630/06, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5). 2.7. Nell'evenienza concreta, nelle annotazioni 15 febbraio 2008 (doc. AI 226/1-4), il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha concluso: "(...) necessito di perizia SAM come valutazione pluridisciplinare sia reumatologica sia neurologica sia psichiatrica per poter giungere a considerazioni e giustificazioni globali cliniche di esigibilità lavorativa. Una tale valutazione è necessaria per riformulare le diagnosi, descrivere l'evoluzione, terapie auspicate, nonché formulare le prognosi delle varie patologie, CL residua e limiti funzionali. (...)” (doc. AI 226/4). L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia a cura del SAM (doc. AI 229/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 6 agosto 2008 (doc. AI 232/1-45) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Periartrite omeroscapolare tendinopatica a sinistra, con lesione parziale della cuffia dei rotatori, soprattutto del soprascapolare e del sottoscapolare, di origine postraumatica nel 1991. Periartrite omeroscapolare tendinopatica alla spalla destra. Stato dopo frattura del III medio della clavicola destra, con consolidamento della frattura e deviazione in asse e leggero raccorciamento. Periartrite dell'anca destra in stato dopo trauma contusivo nell'ottobre 1997, con all'esame dell'artro-RM lesioni degenerative del labbro glenoidale. Stato dopo frattura della cavaglia sinistra, con osteosintesi, e materiale di osteosintesi ancora in sito, nel marzo del 2000. Sindrome di Ganser. Perdita sensoriale dissociativa. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Emispasmo facciale. Stato da possibile discreto ictus ischemico in territorio vertebrobasilare, comunque non documentato in modo certo agli esami clinici e neuroradiologici, attualmente senza sicuri deficit residui. Emisindrome motoria a destra di origine funzionale. Soprappeso con BMI 27 kg/m<sup>2</sup> ." (doc. AI 232/14) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, i periti, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A., nell'attività da ultimo esercitata di cuoco, è considerata nella misura del 30%, inteso come riduzione della capacità funzionale residua sull'arco di un'intera giornata lavorativa. (...)” (doc. AI 232/18), hanno concluso: " (...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalle patologie reumatologiche e psichiatriche, mentre invece, come descritto al capitolo 6, dal punto di vista neurologico non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. Dal punto di vista reumatologico, come descritto al capitolo 6, vi è una patologia a livello della spalla sin., della spalla ds., della clavicola ds., dell'anca ds. e

della caviglia sin.. Secondo il nostro consulente, tenendo in considerazione anche l'evoluzione delle problematiche psichiche descritte, bisogna relativizzare le patologie all'apparato muscoloscheletrico. Segnala come vi sia una notevole discrepanza fra le limitazioni cliniche sostanzialmente dettate dalla sintomatologia dolorosa, sia alle spalle bilateralmente, come pure all'anca ds., e l'assenza - alle indagini radiologiche attuali - di patologie significative. In particolar modo, non si sono sviluppate all'anca ds. problematiche artrosiche e alle spalle bilateralmente non vi sono reperti sostanziali. Il Dr. \_\_\_\_\_ sottolinea, inoltre, come, a partire dall'anno 2000 (quando aveva effettuato la precedente valutazione peritale), i disturbi siano rimasti sostanzialmente invariati per quel che riguarda il reperto principale, localizzato alla spalla sin.. In conclusione, il nostro consulente ritiene che, non essendovi soggettivamente miglioramenti dello stato di salute e non essendovi pure sostanziali modifiche del reperto clinico, l'A. presenti - per quanto riguarda l'attività professionale di cuoco - una limitazione del 70%, come determinato nella perizia effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ nel 2005 (atto 4.02.2005), senza ulteriori peggioramenti della capacità professionale. Il Dr. \_\_\_\_\_ ritiene tuttora valide le limitazioni allora elencate. Dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente Dr. \_\_\_\_\_ diagnostica una sindrome di Ganser e una perdita sensoriale dissociativa: la limitazione funzionale è data dalla sintomatologia pseudoregressiva che l'A. presenta e che lo rende lento, impreciso e discontinuo nell'esecuzione delle mansioni richieste. Ciò comporta, dal punto di vista psichiatrico, un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività lavorativa, a partire dal 2003. Riteniamo che le incapacità lavorative descritte dai nostri consulenti non debbano essere sommate, in quanto tutte le patologie che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano sempre una riduzione del rendimento. Riassumendo, sulla base di quanto descritto sopra, dal punto di vista fisico e psichico, valutiamo l'attuale grado di capacità lavorativa globale, nell'attività da ultimo esercitata come cuoco, nella misura del 30%. Per quanto riguarda la valutazione temporale della limitazione della capacità lavorativa, ricordiamo che, dopo una prima richiesta di prestazioni AI per adulti respinta (atti 27.04.2000 e 7.02.2001), l'A. il 16.08.2002 aveva inoltrato una nuova richiesta di prestazioni per adulti, nuovamente respinta nel progetto UAI del Ct. Ticino (atto 15.12.2006), dopo aver effettuato diverse perizie mediche (atti 4.02.2005, 13.12.2005 e 17.01.2006). Come descritto dai nostri consulenti, dal punto di vista reumatologico la valutazione è invariata rispetto alla perizia reumatologica effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ nel febbraio 2005 (atto 4.02.2005) e dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente concorda con la valutazione eseguita in precedenza dal Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia psichiatrica del 17.01.2006. Da allora la valutazione è rimasta invariata, ricordando anche che, dal punto di vista neurologico, non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. 9

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** L'A. è ritenuto in grado di poter esercitare altre attività. Dal punto di vista neurologico non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. Dal punto di vista reumatologico il nostro consulente ritiene che, in un'attività lavorativa adatta, che tenga in considerazione le limitazioni descritte nella perizia effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ nel 2005 (atto 4.02.2005), in particolar modo riferibile alla patologia della spalla sin., vi sia una capacità lavorativa nella forma completa. Tenendo in considerazione che dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente valuta un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività lavorativa, giungiamo alla conclusione che in un'attività adatta, rispettosa delle limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa globale sia da considerare nella misura del 80%. Sulla base delle constatazioni del nostro consulente psichiatra, non riteniamo indicati provvedimenti d'integrazione professionale.

Per quanto riguarda le possibilità terapeutiche, per quanto riguarda la patologia psichiatrica si tratta di una complessa sindrome conversiva, che va trattata sul piano relazionale e comportamentale e meno su quello farmacologico. Il trattamento attualmente in corso sicuramente rende l'A. passivo, rallentato e più regredito. In questo modo si tende a co-creare nell'A. una posizione pseudoregressiva e dipendente da terzi. L'A. dichiara di stare meglio perché è cristallizzato nella sua posizione di guadagno secondario dalla malattia. 10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo il compito al servizio medico regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di eventualmente inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 232/18-20) L'Ufficio AI – viste le risultanze peritali, ritenuto il rapporto medico 8 agosto 2008 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 231/1-3) e considerato il rapporto finale 24 settembre 2008 del consulente in integrazione (doc. AI 234/1-3) –, con decisione 29 maggio 2009 (doc. AI 235/1-5), ha confermato il rifiuto del diritto a prestazioni. 2.8. 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 Sozialversicherungs-rechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un

rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...)

### **E. 3.2**

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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 qui evidenziato che in una sentenza del 14 luglio 2009, 9C\_332/2009 destinata alla pubblicazione, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sviluppato le seguenti considerazioni: "(...) 4.2 Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für

die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 zu Absatz 2 und 4577 Ziff. 2.2.1 zu Art. 7 Absatz 2; vgl. auch Protokolle der Sitzungen der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 11.-13. Januar 2006, S. 98 ff., resp. vom 29./30. Mai 2006, S. 62 f.; Beatrice Breitenmoser, Die Antworten des Gesetzgebers in der 4. und 5. IVG-Revision: Die zentralen Punkte der beiden Revisionen, in: Die

### **E. 3.3**

In una recente sentenza 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali. (cfr. STFA del 3 giugno 2009 nella causa P., 8C\_44/2009, consid. 3.3) 2.10.4. Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2002 una attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 57'008.07 (fr. 4'557.-- riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2005, pag. 98] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]) . All'importo di fr. 57'008.07 non va poi applicata alcuna riduzione per gap salariale. Infatti, il salario ritenuto dall'amministrazione quale reddito da valido per il 2006 (fr. 56'199.--, cfr. consid. 2.10.2), è superiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore alberghi e ristoranti (Tabella TA1 2006, p.to 55, livello di qualifica 3: fr. 4'127.--riportato su 41.7 ore settimanali x 12 mesi = fr. 51'628.77). Vista la capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 10% (deduzione questa conforme alla giurisprudenza federale [DTF 126 V 80 consid. 5b/cc] e riconosciuta dal consulente in integrazione professionale che l'ha così motivata: "(...) riduzione [...] del 10% inerente le difficoltà di adattamento causate dal cambio attività, dalla prolungata inattività lavorativa e dall'età dell'A. (...)") (doc. AI 234/3), il reddito da invalido risulta essere infine pari a fr. 41'045.81 (fr. 57'008.07 ridotti per motivi medici del 20% e diminuiti del 10% ). 2.10.5. Volendo applicare il reddito da valido di fr. 56'199.-- (reddito determinante per il 2006 e sicuramente superiore a quello che

dovrebbe invece essere considerato del 2002, cfr. consid. 2.10.2), ritenuto il reddito da invalido di 41'045.81 (anno 2002, cfr. consid. 2.10.4), il grado d'invalidità andrebbe cifrato al 27% ([ 56'199 – 41'045.81 ] : 56'199 x 100 = 26.96% arrotondato al 27% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). Ribadito che il calcolo appena esposto considera un reddito da valido (anno 2006 e non come si dovrebbe 2002) oltremodo favorevole all'assicurato, il grado d'invalidità effettivo sarebbe quindi inferiore al 27% e in ogni caso non pensionabile (cfr. consid. 2.4). Allo stesso risultato, grado d'invalidità inferiore al 40%, si giungerebbe con ogni verosimiglianza anche volendo considerare l'evoluzione dei redditi sino al 2009 (anno in cui è stata resa la decisione impugnata). 2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni. La decisione impugnata va quindi confermata. 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente.

## **E. 5**

IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hierzu Protokoll der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell

Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten (Urteil 9C\_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C\_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungs-berichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievore) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (STF del 14 luglio 2009 nella causa Z., 9C\_323/2009, consid. 4.2 e 4.3) Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla sua capacità lavorativa del 30% nell'attività da ultimo svolta quale cuoco dall'agosto del 2002 – nella perizia 4 febbraio 2005 (doc. AI

157/1-3), confermata dai periti del SAM, il dr. \_\_\_\_\_, FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, aveva osservato che “(...) è difficile dire a partire da quando vi è stato un ulteriore peggioramento significativo della situazione dato che i disturbi alla spalla destra ed all'anca destra sarebbero insorti in seguito ad eventi traumatici già avvenuti prima della precedente valutazione AI del 2000. Essi sembrano comunque rivelarsi consistenti al momento della nuova domanda per prestazioni AI dell'agosto 2002. (...)” (doc. AI 157/11-12) – e dell'80% in un'attività adeguata dal 2003. Non può invece essere assunta la conclusione del dr. \_\_\_\_\_ secondo la quale l'incapacità lavorativa del 20%, in un'attività rispettosa dei limiti funzionali posti, sarebbe data dal 1. giugno 2008 (cfr. doc. AI 231/2). Gli stessi periti del SAM hanno infatti, tra l'altro, evidenziato che “(...) dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente Dr. \_\_\_\_\_ diagnostica una sindrome di Ganser e una perdita sensoriale dissociativa: la limitazione funzionale è data dalla sintomatologia pseudoregressiva che l'A. presenta e che lo rende lento, impreciso e discontinuo nell'esecuzione delle mansioni richieste. Ciò comporta, dal punto di vista psichiatrico, un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività lavorativa, a partire dal 2003. (...)” (doc. AI 232/19, la sottolineatura è del redattore). Per il resto il TCA rileva che la dettagliata ed approfondita valutazione pluridisciplinare non è stata validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Quanto all'asserita necessità di un consulto psichiatrico il TCA rileva che il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel consulto 28 maggio 2008 (doc. AI 232/22-26) – posta la diagnosi di “(...) sindrome di Ganser (ICD 10 F 44.8) e perdita sensoriale dissociativa (ICD 10 F 44.6) (...)” (doc. AI 232/25) e ritenuta un'incapacità lavorativa del 20% per ragioni psichiatriche dal 2003 – ha espresso la seguente valutazione: “(...) l'assicurato presenta una complessa sindrome conversiva che include due entità diagnostiche ai sensi dell'ICD 10. Concordo con la valutazione già eseguita dal collega Dr. \_\_\_\_\_ nella sua perizia psichiatrica del 17.01.2006. Non è riscontrabile un disturbo psichiatrico maggiore né di tipo depressivo, né di tipo psicotico. Si tratta di una forma di sindrome conversiva insorta nell'ambito di una problematica sociale e finanziaria. La “malattia psichica” acquista il valore di un guadagno secondario e lo protegge dal dover assumere con responsabilità un ruolo familiare, sociale e lavorativo. Inoltre in questo modo è garantito il continuo accudimento da terzi, in particolare dal figlio \_\_\_\_\_, dalla nuora e dalla ex moglie. Non ho constatato nessun sintomo psicotico nel senso paranoie in quanto in nessun momento è emersa un'ideazione di tipo persecutoria e il suo modo di entrare in relazione con l'interlocutore è apparsa collaborante e in nessun momento ha dato segni di sospettosità. (...)” (doc. AI 232/25). Rispecchiando la perizia del SAM tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8), alla stessa può dunque esser fatto riferimento. Inoltre, non essendo l'interessato affetto da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene

elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 129 V 51 consid. 2.4; DTF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che sino al momento dell'emanazione della decisione impugnata l'assicurato presentava una capacità lavorativa del 30% nella sua attività abituale di cuoco dall'agosto 2002 e dell'80% in un'attività adeguata dal 2003. Ciononostante va fatto presente all'assicurato che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Infatti il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). La domanda di una perizia pluridisciplinare giudiziaria per determinare le conseguenze invalidanti delle patologie del ricorrente, in particolare per la componente psichiatrica, va disattesa. Questo Tribunale – ribadito che per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha riconosciuto loro pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Trattandosi specificatamente delle perizie esperite dai centri medici di accertamento dell'AI, il TFA, nella DTF 123 V 175, ha esplicitamente ammesso che l'imparzialità e l'indipendenza di questi servizi nei confronti dell'amministrazione e dell'UFAS sono garantite – ricorda qui 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 non potrebbero più 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, 2a 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). 2.10. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.10.1. Questo Tribunale rileva innanzitutto che dopo che la decisione 27 aprile 2000 – con la quale l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni; doc. AI 88/1-2 – è stata confermata con la STCA 7 febbraio 2001 (inc. 32.2000.49; doc. AI 97/1-13), nel 2002 è subentrato un peggioramento dello stato valetudinario. Di conseguenza, a mente di questa Corte, il 2002 va considerato quale anno determinante per il

confronto dei redditi. 2.10.2. Riguardo all'accertamento del reddito da valido, va ricordato che, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile.

Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 ) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare, edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Il Tribunale federale, in una sentenza 8C\_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti ( DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). (...)"

Dagli atti risulta che nel rapporto finale 10 luglio 2006 (doc. AI 195/1-3) il consulente in integrazione professionale ha stabilito quale reddito da valido per il 2006 l'importo, rimasto incontestato, di fr. 56'199.--: "(...) Rh2006 quale cuoco Categoria con 10 anni d'esperienza professionale, Fr. 4'323 x 13 = Fr 56'199 (Fonte: \_\_\_\_\_, 1 gennaio 2006. Definito il reddito con \_\_\_\_\_) (...)" (doc. AI 195/3). Questo Tribunale rinuncia a calcolare l'importo da considerare per il 2002, anno qui rilevante, visto che anche volendo considerare il dato valido per il 2006 (chiaramente più alto), come si vedrà ai prossimi considerandi, in ogni caso il grado d'invalidità non sarebbe pensionabile.

2.10.3. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg.. Tale reddito va segnatamente 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, 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). Questa Corte, con sentenza del 7 aprile 2008 nella causa D. (32.2007.165), fondandosi sulla sentenza del 20 febbraio 2008 nella causa C., ( U 8/07 ), ha stabilito che “(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)”. Il TF, con sentenza del 23 aprile 2008 nella causa F. (8C\_399/2007), ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (“ deutliche Abweichung ”). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV Nr. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza la quale, nella sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009, ha ricordato che: " (...)

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