

## **TI\_GERICHTE 32.2010.139 vom 31. März 1998**

TI Tribunale d'appello, 1998-03-31, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.139\\_d19980331](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.139_d19980331)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.139 du 31 mars 1998

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.139 del 31 marzo 1998

### **Regeste**

Seconda domanda di prestazioni. Conferma della perizia multidisciplinare e del grado d'invalidità

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

luglio 2010). Nelle citate sentenze 2 luglio 2010 (STF 9C\_6/2010 e 9C\_134/2010) il TF ha evidenziato che la soppressione della procedura di opposizione (entrata in vigore il 1° gennaio 2006) non apporta alcuna modifica al suesposto principio. Nel caso in esame, a seguito della STCA di rinvio 17 aprile 2008 la decisione su opposizione 29 marzo 2007 è stata annullata, motivo per cui l'Ufficio AI ha iniziato una nuova procedura ed espletato i necessari accertamenti, rendendo prima, in applicazione dell'art. 57a LAI, il progetto di decisione 14 gennaio 2010 e poi le decisioni qui contestate. Per questo motivo non si può parlare di una reformatio in pejus. Trattandosi dunque di una nuova procedura, la richiesta dell'assicurato di ripristinare, in caso di reiezione del gravame, il quarto di rendita dal 1° ottobre 2001 e la rendita intera dal 1° gennaio 2002 non può essere accolta. Nel merito 2.3. 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). 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 che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 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) .

2.4. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda 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 LPG, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; Pratique VSI 1999). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (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).

2.5. Nel caso in esame, a seguito della STCA 17 aprile 2008 l'Ufficio AI ha disposto una (terza) perizia multidisciplinare a cura del SAM. Dal referto 12 dicembre 2008 (doc. AI 183) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, riportate le indicazioni soggettive e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a consultazioni specialistiche d'ordine psichiatrico (dr. \_\_\_\_\_), reumatologico (dr. \_\_\_\_\_) e neurologico (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti specialistici, nonché dei rilevamenti eseguiti durante la degenza presso il SAM, i periti hanno posto le seguenti diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome cervicospondilogenica cronica con/su: - stenosi spinale e dei neuroforami C6-C7, - incipienti alterazioni degenerative C4-6. Sindrome lombospondilogenica cronica. Fibromialgia. Sindrome mista ansiosodepressiva. (...)" (doc. AI 183-11) I periti hanno valutato una capacità lavorativa del 50%, da intendersi quale presenza tutto il giorno con rendimento ridotto, come operaio elettrotecnico e operaio di fabbrica. Riguardo alla residua capacità lavorativa in attività adeguate, il SAM ha evidenziato quanto segue: " (...) Dal punto di vista reumatologico l'A. presenta una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come operaio (ultima attività svolta) ed in attività prevalentemente leggere. Questa capacità lavorativa è presente da parecchio tempo e non è globalmente peggiorato dopo la valutazione del 2003. Dal punto di vista prettamente neurologico (per i problemi agli arti superiori) non vi è nessuna incapacità lavorativa. Dal punto di vista psichiatrico vi è una sindrome mista ansiosodepressiva di lieve entità. Questa causa una diminuzione della capacità lavorativa del 10% (stato d'ansia e d'angoscia lieve alimentati da pensieri

rivendicativi). L'A. non è seguito dal punto di vista psichiatrico e secondo il nostro consulente la sopraccitata diminuzione della capacità lavorativa del 10% è presente dalla sua visita (novembre 2008). La sopraccitata capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come operaio elettromeccanico e nelle attività da ultimo svolte (operaio in una ditta farmaceutica) è presente da parecchio tempo. Sicuramente era già presente nell'ottobre 2004 (annotazioni del medico SMR Dr. \_\_\_\_\_). (...)” (doc. AI 183-16) Con il presente ricorso l'assicurato contesta principalmente la valutazione medico-teorica, in particolare quella psichiatrica.

## **E. 2.6**

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007, 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 p. 31; Pratique VSI 3/1997 p. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). 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 p. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 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). 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). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 nella causa A. C.; DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 p. 110 consid. 3c). 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 p. 109 consid. 3a/cc; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1997, p. 230). 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). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gut- achten, in: SZS 1999 p. 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 psico-sociale 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 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Nella fattispecie concreta, questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la valutazione effettuata dai periti del SAM. Essi hanno debitamente tenuto conto delle singole affezioni di cui l’assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni circa la capacità lavorativa del 50% sia nella sua precedente professione che in attività adeguate.

2.7.1. In primo luogo l’assicurato contesta di essere ritenuto inabile per motivi psichici unicamente nella misura del 10%. Va qui ricordato che un motivo del rinvio degli atti alla base della sentenza 17 aprile 2008 era legato alla problematica psichica. Al riguardo questa Corte, dopo disanima della documentazione medica, aveva ritenuto: “ ... vista la divergenza, insanabile, di opinione tra il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, entrambi specialisti in psichiatria e psicoterapia, che hanno avuto modo di valutare, in sede peritale, l’interessato, questo Tribunale ritiene che il presente caso non possa essere deciso fondandosi esclusivamente sulla perizia del dr. \_\_\_\_\_. Vista la discrepanza di posizioni dei due medici specialisti, periti dell’UAI, il TCA ritiene necessario procedere ad un approfondimento peritale di natura psichiatrica, al fine di determinare con precisione le patologie che affliggono l’assicurato e il loro influsso sulla sua capacità lavorativa (consid. 2.10 p. 24).” Infatti, nell’ambito della perizia SAM del 21 ottobre 2003 il dr. Mari aveva valutato un’incapacità lavorativa del 100% (doc. AI 140-4), mentre il 30 settembre 2004 il dr. \_\_\_\_\_, non riscontrando alcun disturbo di tipo psichiatrico, non aveva ravvisato alcuna inabilità lavorativa (doc. AI, 130-6). Pertanto il TCA, sempre nella citata sentenza, aveva concluso che “ vista la discrepanza insormontabile esistente tra le valutazioni specialistiche del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell’assicurato, dal punto di vista psichiatrico, era tale da giustificare una capacità

lavorativa del 100%.”, motivo per cui aveva statuito che “ la decisione impugnata va quindi annullata e l’incarto retrocesso all’Ufficio AI, affinché faccia allestire al più presto una perizia psichiatrica dal Centro peritale per le assicurazioni sociali, al fine di chiarire sia l’aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa del ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l’amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell’assicurato” (consid. 2.10 pp. 25/6). Ora, nel rapporto 20 novembre 2008 il dr. \_\_\_\_\_ pone come diagnosi una sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10 F 41.2) di entità lieve giustificante un’incapacità lavorativa del 10%, evidenziando “ uno stato di ansia e d’angoscia lieve alimentati da pensieri rivendicativi che influiscono sulla sua capacità funzionale in modo tale da renderlo lento, meno sicuro, meno resistente e più discontinuo” . Egli ha poi rilevato che rispetto alla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ ha riscontrato una sindrome ansiosa depressiva non osservata dal collega, ma evidenziata dal dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_, anche se con diagnosi diverse (doc. AI 183-3). Nel complemento peritale 2 ottobre 2009 (richiesto dal SMR) il dr. \_\_\_\_\_ ha spiegato le discrepanze tra la sua valutazione e quelle dei dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. In merito alla perizia del dr. \_\_\_\_\_, egli ha fra l’altro evidenziato: " (...) Da un punto di vista clinico e nosologico non ritengo che l'assicurato presente un disturbo di personalità che provoca nel soggetto un cambiamento del suo comportamento e della sua vita sociale e relazionale in modo sostanziale. Egli non presenta un comportamento e una affettività pervasiva che invade tutte le sfere della sua vita psichica bensì si tratta di un conflitto non risolto e ben circoscritto alla conflittualità con la moglie e con la \_\_\_\_\_. Pertanto non condivido la posizione del Dr \_\_\_\_\_ il quale sostiene che l'assicurato presenta un disturbo di personalità di tipo paranoide ( ICD 10 F 60.0). Nella mia valutazione ho riconosciuto che gli presenta alcuni aspetti alterati di tipo ideativo e affettivo ma non costituiscono un vero e proprio disturbo della personalità. Il collega Dr. \_\_\_\_\_ alla voce status psichico fa enfasi soprattutto su un sistema ideativo a sfondo persecutorio e di tipo rivendicativo. Poi nelle sue conclusioni pone l'accento sulla modalità dell'esordio in cui la posizione di disubbidienza da parte della moglie e poi l'incidente della circolazione subito avrebbero scatenato una disgregazione psicopatologica con una maggiore valenza persecutoria. Va ricordato che l'assicurato, sebbene presenti un'ideazione rivendicativa, come è stato evidenziato anche da me, quest'ultima non intacchi altri aspetti della sua vita sociale e di contatto interpersonale. Inoltre non ho constatato idee a sfondo persecutorio come espresso dal collega. Va inoltre sottolineato che ad esempio durante la mia esplorazione clinica non è stata evidenziata una modalità classica del paziente paranoide in cui è evidente la sua sospettosità e il modo diffidente di entrare in relazione. Addirittura lo stesso collega Dr. \_\_\_\_\_ dichiara che il paziente è apparso "formalmente corretto, disponibile e collaborante". Per questi motivi ritengo che l'assicurato, sebbene presenti un'ideazione disturbata, quest'ultima non intacchi profondamente la sua personalità al punto tale da considerare la presenza di un disturbo ai sensi del ICD 10 . (...)” (sottolineatura del redattore; doc. AI 191-3/4) Non va qui dimenticato che anche il dr. \_\_\_\_\_ non aveva individuato un disturbo di personalità paranoide. Al riguardo nel referto 30 settembre 2004 egli aveva evidenziato: " (...) Non posso confermare la presenza di un disturbo di personalità di tipo paranoide come indicato dal dr. med. \_\_\_\_\_, nello stesso rapporto. I colleghi che hanno visitato l'A. tra il 1995 ed il 1997 non hanno segnalato questo Disturbo di personalità. L'interpretazione da parte dell'A. dei comportamenti dell'ex datore di lavoro, della ex moglie e delle Assicurazioni (in particolare la \_\_\_\_\_) esprimono il suo vissuto soggettivo di fronte a dei fatti oggettivi (licenziamento, divorzio e rifiuto delle

prestazioni assicurative \_\_\_\_\_), e non possono essere interpretati come espressione di sintomi persecutori nell'ambito di un disturbo di personalità di tipo paranoide. Nella storia dell'A. non vi sono altri elementi psicopatologici sufficienti per poter giustificare la diagnosi di disturbo di personalità di tipo paranoide. (...)” (doc. AI 130-6) In merito alla valutazione del dr. \_\_\_\_\_, il dr. \_\_\_\_\_ ha sostenuto: " (...) Non condivido nemmeno la posizione del Dr. \_\_\_\_\_ che non ha riscontrato nessun disturbo psichiatrico . Durante la mia valutazione ho riscontrato una sofferenza psichica a coloritura ansioso-depressiva che ha avuto un decorso cronico e che è stato alimentato dai meccanismi di difesa che il soggetto ha messo in atto. L'assicurato, durante la mia valutazione clinica presentava una deflessione del timismo e una ideazione che lo alimentava in modo congruo a tale deflessione. Non riconosco un'entità grave nella patologia che presenta l'assicurato, ma riconosco la presenza di un quadro clinico di tipo depressivo di lunga data . (...)” (sottolineature del redattore; doc. AI 191-4) Il dr. \_\_\_\_\_ ha così sintetizzato la sua valutazione della patologia psichiatrica: " (...) Come detto nel mio scritto del 19.11.2008, alla voce conclusione, si potrebbe ipotizzare che il quadro clinico che l'assicurato ha presentato ha seguito un decorso altalenante e che nell'occasione della valutazione realizzata dal collega Dr. \_\_\_\_\_ si assisteva ad un momento di miglioramento clinico. Per questo motivo è probabile che il collega non abbia constatato alcuna alterazione dell'umore. La sintomatologia depressiva ansiosa da me evidenziata nella mia valutazione, è stata osservata anche in altre valutazioni precedenti del Dr. \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_. Per questo motivo ho espresso che l'evoluzione teorica del quadro clinico ha seguito un decorso altalenante con dei momenti di peggioramento della sintomatologia ansioso depressiva e altri di miglioramento dal 1997 e che per questo motivo è possibile che alcuni periti abbiano osservato la presenza del quadro depressivo e altri no. Il quadro non ha mai rivestito una valenza di grave compromissione psicopatologica, prova di questo è il fatto che egli senza alcun trattamento psichiatrico non ha mai provocato danni personali né sociali. (...)” (doc. AI 191-4) Concludendo, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto “che complessivamente (l'assicurato) abbia presentato una incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche pari al 10% come accertato durante la mia valutazione” (doc. AI 191-5). In queste circostanze, visto quanto sopra, questo TCA non può che confermare la valutazione del dr. \_\_\_\_\_. Egli ha infatti tenuto in considerazione tutti gli aspetti della problematica psichiatrica e convincentemente motivato le proprie conclusioni, anche riguardo alle divergenze con le precedenti perizie. Va poi evidenziato che, come riportato sopra, sia il dr. \_\_\_\_\_ che il dr. \_\_\_\_\_ non hanno riscontrato una patologia psichiatrica tale da giustificare una totale inabilità lavorativa, così come valutata dal dr. \_\_\_\_\_. Infine va detto che l'insorgente non ha prodotto certificazione idonea a contrastare la valutazione del dr. \_\_\_\_\_. 2.7.2 Dal punto di vista reumatologico, nella perizia 24 novembre 2008 il dr. \_\_\_\_\_ ha in particolare evidenziato che “la capacità lavorativa è diminuita prevalentemente a causa della problematica cervicale. Anche la fibromialgia limita parzialmente la capacità lavorativa attraverso dolori cronici generalizzati, stanche e disturbi del sonno. La problematica lombare, la compressione del nervo ulnare a sinistra e del nervo mediano a destro limitano in misura ridotta la capacità lavorativa” (p. 5, doc. AI 183-33), specificando comunque di non aver ravvisato cambiamenti di rilievo dello stato di salute rispetto alla sua precedente valutazione del 2003, eseguita nell'ambito della seconda perizia del SAM del 21 ottobre 2003. Egli ha infatti precisato che “... nonostante si siano aggiunte alcune diagnosi, la capacità lavorativa risulta globalmente invariata rispetto al 2003. Questo si spiega con il fatto che la valutazione

del 2003 risultava molto più larga nell'attribuzione della capacità per la sola problematica cervicale" ( p. 5, doc. AI 183-33). Il dr. \_\_\_\_\_ ha pertanto confermato che l'assicurato presenta un piena capacità lavorativa con un rendimento ridotto del 50% sia nella sua originaria professione che in attività leggere adeguate (p. 5, doc. AI 183-33). In merito alla problematica reumatologica, nel ricorso l'assicurato ha evidenziato: " (...) Ora, dalla perizia SAM del 21 ottobre 2003 a cui fa riferimento il dottore, emerge chiaramente che le affezioni per cui è stata riconosciuta una incapacità lavorativa al 50% in qualsiasi attività lavorativa con conseguente impossibilità di reintegro e diritto ad una rendita AI intera, erano già presenti nel corso del 1996/1997 , ossia quando il ricorrente ha inoltrato la prima domanda di rendita AI. Ne discende che su tale aspetto, egli ha confermato la prima perizia SAM del 29 agosto 1997 allestita a seguito della prima domanda di rendita AI inoltrata in data 21 maggio 1996. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che, in attività leggere, adatte, che permettano il rispetto delle regole di ergonomia, evitino posizioni statiche eccessivamente prolungate nonché lavori ripetuti sopra l'orizzontale a tempo pieno ma con un rendimento ridotto nella misura del 50%. Inoltre, le attività pesanti e mediamente pesanti non sono proponibili (rapporto 24 novembre 2008, p. 5). Anche su tale aspetto, il dottore ha nuovamente confermato la prima perizia SAM del 29 agosto 1997. Tutto ciò considerato, la capacità lavorativa dell'assicurato a livello reumatologico non è superiore al 50% a partire dalla prima domanda di rendita AI inoltrata nel maggio 1996. (...)” (doc. I p. 8) Orbene, la tesi di porre l'incapacità lavorativa del 50% già al momento della prima domanda di prestazioni non trova conferma dagli atti. Va qui ricordato che nella prima perizia SAM del 29 agosto 1997 dal punto di vista fisico (ortopedico) l'assicurato era stato ritenuto inabile al 10% (cfr. p. 14, doc. AI 29-14). Solo nella successiva valutazione del 21 ottobre 2003 è stata riscontrata un'inabilità al 50% per motivi reumatologici. Inoltre, l'impossibilità di integrazione a cui il ricorrente fa riferimento concerneva la problematica psichiatrica valutata dal dr. \_\_\_\_\_, la cui perizia, come visto sopra, è stata relativizzata sia dal dr. \_\_\_\_\_ che dal dr. \_\_\_\_\_. 2.7.3. L'aspetto neurologico è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_, il quale nel rapporto 1° dicembre 2008 non ha riscontrato alcuna incapacità lavorativa (doc. AI 183), come già rilevato nella sua precedente perizia del 10 ottobre 2003 (doc. AI 113-21). Nel ricorso l'assicurato ha evidenziato: " (...) L'11 marzo 2009 al ricorrente sono stati diagnosticati un adenoma tubolare con displasia lieve (exeresi, colon sigmoideo), un adenoma tubolare con displasia moderata (biopsia, colon sigmoideo) e un adenoma tubolare con displasia moderata (exeresi, colon sigmoide). A seguito di ciò l'assicurato ha dovuto sottoporsi ad un intervento chirurgico nel quale sono stati tolti due polipetti del colon sinistro (sigma) di diametro di 6-8 mm nonché un polipetto del sigma inferiore a 5 mm biopsato ( cfr . rapporto istituto cantonale di patologia del 11 marzo 2009). Il 22 aprile 2010, il suo medico curante ha ribadito l'incapacità lavorativa del 100% dell'assicurato. (...)” (doc. I p. 8) In primo luogo va detto che non vi è alcun atto che validamente comprovi un peggioramento dell'inabilità lavorativa a seguito della succitata nuova diagnosi e del succitato intervento chirurgico. La semplice attestazione di incapacità lavorativa al 100% dal 2007 fatta il 22 aprile 2010 dal medico curante, oltre ad non essere motivata, contrasta con le perizie multidisciplinari (doc. B). Nemmeno dal dettagliato rapporto 8 giugno 2010 del neurologo dr. \_\_\_\_\_ risulta un rilevante peggioramento della situazione valetudinaria. Come evidenziato nelle annotazioni 9 agosto 2010 del SMR, non risultano nuovi elementi clinici rispetto alle precedenti valutazioni multidisciplinari (lo stesso specialista ha sostenuto che la situazione del paziente “ sembrerebbe tutto sommato poco evolutiva” ; cfr. doc. D p. 3). Pertanto,

tenuto conto di una residua capacità lavorativa valutata dal SAM, le considerazioni fornite dal dr. \_\_\_\_\_ non giustificano una rendita maggiore ( “ Per contro, dal profilo AI, mi sono chiesto se non si potrebbe sostenere il p. perché possa accedere ad una rendita più completa visto che egli è comunque impossibilitato in qualsiasi tipo d'attività [specie con profilo lucrativo] e questo anche a tempo parziale” doc. D p. 4 ) 2.7.4. Nel ricorso l'assicurato ha fatto presente: " (...) Da ultimo aggiungasi che, il 3 agosto 2004, il Dr. med. \_\_\_\_\_ - primario di traumatologia, ortopedia dell'anca e artroplastica del ginocchio dell'ospedale di \_\_\_\_\_ -, ha steso un rapporto medico nel quale ha evidenziato che "la risonanza magnetica del 13.05.'04 mostra una tendinite con lesione parziale del sovraspinato. Si verificano delle lesioni degenerative a livello dell'articolazione acromio-clavicolare e dei segni di attrito sotto-acromiale" (cfr. rapporto 3 agosto 2004). Nonostante il rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_, la perizia pluridisciplinare non ha valutato i problemi connessi alla patologia ortopedica e non è stato operato nessun approfondimento in materia. La perizia pluridisciplinare del SAM del 12 dicembre 2008 non si è espressa sul rapporto poc'anzi evocato. Pertanto, da questo punto di vista, l'operato dell'Ufficio AI per valutare lo stato di salute attuale dell'assicurato è incompleto. (...)” (doc. I p. 9) Innanzitutto va rilevato che negli atti non vi è traccia del succitato rapporto, non è nemmeno menzionato nella terza perizia SAM del 12 settembre 2008 e l'assicurato non lo ha prodotto. A prescindere da questo, va comunque evidenziato che nel consulto reumatologico 24 novembre 2008 il dr. \_\_\_\_\_ non aveva (più) riscontrato alcuna tendinite (risalente al 2004), evidenziando comunque le importanti alterazioni degenerative risultanti dal quadro clinico rimasto sostanzialmente invariato rispetto alla sua precedente valutazione del 2003. Quindi la problematica descritta nel 2004 dal dr. \_\_\_\_\_ è stata ampiamente presa in considerazione nella perizia reumatologica, motivo per cui non è necessaria un'ulteriore indagine o approfondimento ( sul tema dell'apprezzamento anticipato delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 211 con rinvii ). 2.7.5. Tenuto conto dei singoli consulti, i periti del SAM hanno concluso: " (...) In futuro non è da prevedere un cambiamento della sopraccitata capacità lavorativa ed in modo particolare non è da prevedere a breve-medio termine un cambiamento. Dal punto di vista psichiatrico si consiglia un trattamento antidepressivo ed ansiolitico. Rispetto alla valutazione peritale del Dr. \_\_\_\_\_, il nostro consulente Dr. \_\_\_\_\_ riscontra una sindrome ansiosa depressiva. Questa è di lieve entità e causa una diminuzione della capacità lavorativa del 10%. Basandoci sulla valutazione psichiatrica non si può codificare un'incapacità lavorativa superiore dal punto di vista psichiatrico. La diminuzione della capacità lavorativa del 50% (a causa del problema reumatologico) permette di tener conto della minima diminuzione della capacità lavorativa dovuta al problema psichiatrico. (...)” (sottolineatura del redattore; doc. 183-18) Va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001 pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In conclusione, sulla base della perizia del SAM, alla quale va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.7), 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 riferimenti

ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che l'insorgente presenta un'abilità lavorativa del 50% sia nella sua originaria professione che in altre attività adeguate. 2.8. Tenuto conto delle risultanze peritali, con dettagliato rapporto 14 gennaio 2010 il consulente ha convincentemente concluso che l'assicurato può svolgere la sua professione di operaio turnista e altre attività leggere nella misura del 50% (doc. AI 199-1). Vero che, come giustamente evidenziato dall'insorgente, con decisione su opposizione 29 marzo 2007 l'Ufficio AI, fondandosi sul rapporto 28 marzo 2007 dell'allora consulente, aveva ritenuto l'assicurato non più integrabile sul mercato del lavoro, motivo per cui aveva riconosciuto un grado d'invalidità del 100% (cfr. doc. AI 160). Tuttavia va ricordato che nella STCA 17 aprile 2008 questo Tribunale non aveva aderito alla citata valutazione economica, rinviando gli atti all'Ufficio AI affinché "...qualora fosse accertata l'esistenza di una capacità lavorativa residua nella sua precedente attività, l'UAI dovrà pure determinare se in tale attività l'assicurato è in grado di sfruttare al meglio la sua capacità lavorativa" (cfr. consid.

### **E. 2.11**

). La valutazione economica è stata appunto eseguita dopo l'espletamento della terza perizia SAM, la quale, come visto, ha fortemente ridimensionato l'aspetto invalidante della competente psichica. Del resto va ricordato come dal punto di vista reumatologico l'attività precedente di operaio addetto alla sorveglianza in una ditta farmaceutica è stata qualificata come adeguata. Certo che al momento dell'emissione della decisione qui contestata (15 aprile 2010) l'assicurato (nato il 30 maggio 1946) era alle soglie del 64° anno di età, ma rilevante è il momento dell'inizio della decorrenza del diritto alla rendita (cfr. consid. 2.9), ossia il 2001. 2.9. Per la determinazione del grado d'invalidità il consulente ha utilizzato il metodo ordinario, mettendo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito quale operaio turnista in una ditta biochimica (reddito da valido) con quello da attività adeguata, desunto dai salari statistici (reddito da invalido). Occorre poi rilevare che, secondo giurisprudenza, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita; 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 e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222 ; SVR 2003 IV Nr. 24). Riguardo al reddito da valido, dato non contestato, il consulente ha preso in considerazione i dati statistici relativi al ramo economico no. 24 (industria chimica), livello 4 per attività semplici e ripetitive (l'assicurato ha smesso di lavorare nel giugno 1995; cfr. anamnesi familiare, sociale e professionale della perizia SAM 29 agosto 1997; doc. AI 29-2). Ne consegue un salario che va dai fr. 63'632 del 2001 ai fr. 73'195 del 2008, così come indicato nella decisione contestata. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di

statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del

## **E. 5**

settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel caso di specie, nel menzionato rapporto 14 gennaio 2001 (doc. AI 199-1) il consulente, conformemente la citata giurisprudenza, ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.). Egli ha poi riconosciuto una riduzione del reddito per circostanze personali di complessivi 13% (8% per attività a tempo parziale e 5% per attività leggera) e, tenendo conto di una residua capacità lavorativa del 50%, il reddito invalido è stato determinato per ogni anno, partendo dai fr. 24'743 del 2001 fino ai fr.

26'091 del 2008. Il consulente ha escluso ulteriori riduzioni per gap salariale e per "permesso di domicilio". Dal raffronto dei redditi è risultato un grado d'invalidità oscillante tra il 61% (2001) ed il 64% (2008). I calcoli sono stati esposti nella decisione contestata. Se si tiene conto che, secondo questo Tribunale, per ogni fattore di riduzione di regola è giustificata una percentuale del 5% (STCA 32.2009.37 del 26 agosto 2009 consid. 2.7 con riferimenti) la valutazione operata nel caso concreto dal consulente appare generosa. Va poi rilevato che il solo fattore della nazionalità (\_\_\_\_\_) non costituisce motivo di riduzione, al contrario di quanto potrebbe avvenire a dipendenza della tipologia del permesso di soggiorno. Come evidenziato nel citato rapporto, il consulente ha ricordato che l'assicurato possiede il permesso C, escludendo quindi un'ulteriore riduzione (doc. AI 199-10). Nemmeno il fattore età costituisce una valida riduzione, poiché, come visto (cfr. consid. 2.8), la valutazione economica va eseguita al momento dell'inizio del diritto del reddito. Nel 2001 l'assicurato (classe 1946) aveva 55 anni. Infine, allo stesso risultato si giunge se si prende in considerazione che l'assicurato è stato ritenuto abile al 50% nella sua originaria professione, ritenuta adeguata. In conclusione, il riconoscimento di una mezza rendita appare corretto. 2.10. Per quel che concerne l'inizio dell'erogazione della prestazione, determinato secondo il principio della media retrospettiva, l'assicurato ha maturato il diritto ad un quarto di rendita dal 1° ottobre 2001 (grado del 42%), successivamente aumentato alla mezza rendita AI (grado del 50%) con effetto dal 1° gennaio 2002. Rispetto alla decisione 14 febbraio 2005 il calcolo è stato modificato (cfr. consid. 1.2). Infatti nella decisione su opposizione 29 marzo 2007 è stato pertinentemente spiegato: " Per quanto concerne l'inizio del diritto a rendita giova osservare che nella decisione impugnata l'amministrazione ha erroneamente iniziato ad erogare la rendita dal 1° agosto 2001. Infatti, nel computo dell'anno di attesa giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI a torto è stata ritenuta l'incapacità al guadagno al posto di quella lavorativa, determinando un inizio di rendita inesatto con diritto al quarto di rendita erogato dal 1° agosto 2001 invece che dal 1° ottobre 2001 (...)" (doc. AI 160-7) In conclusione, la decisione contestata merita conferma ed il ricorso va di conseguenza respinto. 2.11. 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.-- vanno poste a carico del ricorrente, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, p. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (U. Kieser, "ATSG – Kommentar", ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr.

anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). In concreto, dal certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria (doc. VII), risulta che l'assicurato è divorziato. Egli percepisce, quale unica fonte di reddito, una mezza rendita AI ed una prestazione complementare mensile di fr. 1'754.-. Ne consegue che l'indigenza deve essere riconosciuta. La presente vertenza non appariva, dopo un esame forzatamente sommario, destinata all'insuccesso già al momento della presentazione del ricorso, visto che pendente causa l'insorgente, a sostegno della propria tesi, ha prodotto ulteriore documentazione medica con l'intento di mettere in dubbio la valutazione del SMR posta alla base del provvedimento contestato. Infine, tenuto conto della fattispecie, l'intervento dell'avvocato è da ritenere perlomeno indicato. Pertanto l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA K 146/03 del 4 maggio 2004 consid. 7.1, I 569/02 del 15 luglio 2003 nella causa consid. 5; DTF 124 V 301, consid. 6). Visto quanto precede, la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (cfr. consid. 2.13. e STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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