

## **TI\_GERICHTE 32.2010.48 vom 26. Januar 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-01-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.48)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.48 du 26 janvier 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.48 del 26 gennaio 2010

### **Regeste**

A ragione l'Ufficio AI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato essendo il grado d'invalidità inferiore al 40%. Non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C\_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration

sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus malade. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si

deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.4. La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità la guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da

parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione per l'invalidità l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549).

2.5. Nella decisione impugnata l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato, sulla base della valutazione peritale del 12 settembre 2007 dei medici della Clinique \_\_\_\_\_, svolta per conto dell'\_\_\_\_\_ in ambito LAINF (doc. LAINF 41-1) e su quella del Dr. \_\_\_\_\_ del 29 aprile 2008, svolta per conto dell'\_\_\_\_\_, in qualità di assicurazione collettiva di indennità giornaliera (doc. LaMal 9-1). Nel rapporto peritale del 12 settembre 2007 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e il Dr. \_\_\_\_\_, medico assistente, della Clinique \_\_\_\_\_, hanno posto la diagnosi primaria di “ – Thérapie physiques et fonctionnelles ( Z 50.1) ” e quale diagnosi secondaria è stata posta quella di “ – Coxalgies gauches (M 25.55). – Coxarthrose gauche debutante (M 16.9). – Douleur de l'épaule droite (M 25.51). – Arthrose acromioclaviculaire droite (M 19.0). – Lombalgies chroniques (M 54.5). – Troubles dégénératifs lombaires prédominant en L4-L5 (M 47.8). Discrète scoliose lombaire basse à convexité G (M 41.9) ” (doc. LAINF 41-1). Gli specialisti hanno quindi espresso la seguente valutazione: " (...) En résumé: RI 1 nous est adressé 9 moi s après un traumatisme au travail, avec notion de douleurs persistantes au p li ing uina l gauche et à l'épaule droite et à la colonne lombaire. Il n'y a, selon nous, aucune lésion d'origine traumatique actuellement pouvant expliquer les douleurs du patient. Nous retenons comme diagnostic une coxarthrose gauche débutante, une arthrose acromioclaviculaire droite et des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires, prédominant en L4-L5 et d'un discret trouble statique. RI 1 a été rendu attentif au fait qu'il n'y a rien qui justifie la poursuite d'une incapacité de travail, et que l'on peut s'attendre à une reprise d'une pleine capacité de travail d ' ici un mois à un mois et demi, après la sortie. Le patient n'ayant plus de tra vail, il devra s'inscrire au chô mage. Présentant un comportement d'invalidé et une tendance à l'amplification des symptô mes, on peut s'attendre à une reprise du travail difficile. Le patient sera contacté par le médecin d'arrondissement de l'\_\_\_\_\_ un mois environ après la sortie.

**INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MAN O EUVRE-MACON - 100% du 30.08.2007 au 26.09.2007, à réévaluer à l'\_\_\_\_\_ (doc. 41/3-6, inc. LAINF)".** Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, nella perizia del 29 aprile 2008, dopo aver esposto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi e le constatazioni obiettive, ha indicato la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4.- DIAGNOSI - Sindrome algica cronica coinvolgendo le regioni seguenti: ■ spalla destra: in presenza di un'artrosi dell'articolazione acromio-clavicolare ed una sospetta piccola lesione trasmurale della cuffia dei rotatori (secondo RM del 27.03.2007). ■ inguine sinistro: in presenza di una degenerazione del labbro acetabulare ed associata condromalacia (secondo RM del 11.04.2007) ■ zona lombare: in presenza di alterazioni degenerative (secondo RM del 11.04.2007): - L3/4: discopatia ed ernia discale trattenuta in sede \_\_\_\_\_ paramediana sinistra - L4/5: osteocondrosi con protrusione centrale ■ disturbo dell'elaborazione del

dolore probabilmente nell'ambito di una sindrome somatoforme. (...) i. Verifica e valutazione della capacità professionale in eventuali attività confacenti: In base alle mie constatazioni cliniche e considerando gli atti ed i reperti radiologici a disposizione valuto la capacità funzionale residuale del paziente come segue: - sollevamento e/o trasporto di carichi: . molto leggeri (fino a 5 kg): normale . leggeri (fino a 10 kg): lievemente ridotta . medi (fino a 25 kg): ridotta a molto ridotta . pesanti (oltre a 25 kg): nulla . sopra il piano delle spalle: - di 5 kg: ridotta + di 5 kg: esigua - manipolazione di oggetti ed attrezzi: . leggeri/di precisione: normale . medi: lievemente ridotta . pesanti: ridotta - posizioni di lavoro o dinamiche particolari: . a braccia elevate: ridotta . con rotazione: lievemente ridotta . seduta e piegata in avanti: normale . eretta e piegata in avanti: ridotta . inginocchiata: lievemente ridotta . con ginocchia in flessione: normale - mantenere posizioni statiche: . seduta e/o eretta: non oltre un'ora senza interruzione - spostarsi/camminare: . fino a 50 m: normale . oltre a 50 m: lievemente ridotta . per tragitti lunghi: ridotta . su terreni accidentati: ridotta . salire/scendere scale: lievemente ridotta - diversi: . l'impiego delle due mani è possibile in

forma normale. Le presenti limitazioni sono solo parzialmente compatibili con il lavoro svolto di manovale nel settore dell'edilizia, attività che dal lato medico/teorico sarebbe ancora proponibile nella misura del 40% circa; sul piano pratico una reintegrazione nel lavoro svolto appare impossibile. Per un'attività lucrativa confacente (nella quale il paziente possa rispettare le limitazioni come stabilite sopra) ritengo il signor RI 1 abile al lavoro in forma normale (al 100%) sia per la presenza che per il rendimento, e questo a partire da subito. Questa valutazione non corrisponde al giudizio soggettivo in un paziente che sembra aver ormai cementato il suo ruolo di invalido anche nel suo contesto sociale, apparentemente senza che all'origine di ciò vi sia una concomitante psicopatologia (esclusa in due consulti specialistici, il primo avvenuto durante il soggiorno riabilitativo nella Clinica \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ nel 2006, il secondo durante la degenza nella Clinica \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ in agosto del 2007). 1. Prognosi in ordine all'inabilità lavorativa e alla cura medica: La prognosi per un'integrazione del paziente nel processo lavorativo appare negativa e questo non per motivi medici ma per problematiche di ordine socio-professionale. m. Interessamento Assicurazione Invalidità e in caso affermativo in quale ambito (percentuale rendita AI o reinserimento professionale): L'annuncio all'A I è già stato fatto; sono in corso gli accertamenti del caso. n. Interessamento assicurazione disoccupazione e ricerca della nuova attività confacente: Il paziente è senza impiego. Essendo abile in forma normale per un'attività confacente egli dovrebbe iscriversi alla Cassa di disoccupazione; riguardante la prognosi vedasi punto 1. o. Eventuali: ---" (Doc. 9/7-12, inc. cassa malati) 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01

e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). 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: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir

de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, 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). 2.7. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale della Clinique \_\_\_\_\_, né quella del Dr. \_\_\_\_\_, da considerare entrambe dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. 2.7.1. In ambito LAINF l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame reumatologico durante il soggiorno dal 7 al 28 agosto 2007 presso la Clinique \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Nel referto peritale del 12 settembre 2007 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e il Dr. \_\_\_\_\_, medico assistente, hanno posto la diagnosi primaria di “ – Thérapie physiques et fonctionnelles ( Z 50.1 ) ” e secondaria di “ – Coxalgies gauches (M 25.55). – Coxarthrose gauche debutante (M 16.9). – Douleur de l'épaule droite (M 25.51). – Arthrose acromioclaviculaire droite (M 19.0). – Lombalgies chroniques (M 54.5). – Troubles dégénératifs lombaires prédominant en L4-L5 (M 47.8). Discrète scoliose lombaire basse à convexité G (M 41.9) ” (doc. LAINF 41-1). Nel rapporto del 12 ottobre 2007 del medico di \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, è stata indicata una diagnosi sovrapponibile a quella degli specialisti della Clinique \_\_\_\_\_. Il medico \_\_\_\_\_ ha infatti diagnosticato un “ possibile iniziale stiramento degli adduttori con cruralgia destra attualmente non più oggettivabile, in possibile status contrattuale di fondo e possibile altra patologia non infortunistica sottesa ”. Quali patologie concomitanti il medico \_\_\_\_\_ ha evidenziato una “ - Coxalgia sinistra, coxartrosi destra iniziale, dolore alla spalla destra, artrosi acromioclaveare destra, discopatia degenerativa di D12-L1 sino ad L4-L5. – Discrete turbe statiche, periartrite spalla destra, possibile fibromialgia ” (doc. LAINF 48-6). Per quanto riguarda la capacità lavorativa il Dr. \_\_\_\_\_ l'ha ritenuta completa, per quel che riguarda le sole conseguenze dell'infortunio, rilevando tuttavia l'utilità di una “ valutazione da parte del medico curante della linfadenopatia inguinale, controllo tiroide e per lo status di fondo che potrebbe essere una manifestazione derivata da qualche patologia degenerativa della fibra muscolare o nervosa o anche del S.N.C (atrofia) per cui consigliabile verifica c/o reumatologo e/o neurologo per la verifica delle possibili cause extra-lavorative ” (doc. LAINF 48-6). Nella perizia del 29 aprile 2008 svolta dal Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, per conto dell'\_\_\_\_\_, il medico ha posto anch'egli una diagnosi in parte sovrapponibile a quella della Clinique \_\_\_\_\_ e del medico \_\_\_\_\_: “ **Sindrome algica cronica** coinvolgendo le regioni seguenti: ■ spalla destra: in presenza di un'artrosi dell'articolazione acromio-clavicolare ed una sospetta piccola lesione trasmurale della cuffia dei rotatori (secondo RM del 27.03.2007). ■ inguine sinistro: in presenza di una degenerazione del labbro acetabulare ed associata condromalacia (secondo RM del 11.04.2007) ■ zona lombare: in presenza di alterazioni degenerative (secondo RM del 11.04.2007); - L3/4: discopatia ed ernia discale trattenuta in sede paramediana sinistra; - L4/5: osteocondrosi con protrusione centrale ■ disturbo dell'elaborazione del dolore probabilmente nell'ambito di una sindrome somatoforme” (doc. LaMal 9-7). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha valutato l'assicurato abile nella precedente attività di manovale al 40%, mentre in un'attività adeguata, rispettosa dei limiti funzionali indicati, la capacità lavorativa è ritenuta piena (100%) (doc. LaMal 9-11). Nel rapporto dell'11 agosto 2008 il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, ha posto la diagnosi di “ **Sindrome algica cronica (dolore cronico)** di - spalla destra su artrosi dell'articolazione acromio-clavicolare e sospetta piccola lesione

trans murale della cuffia rotatoria. Inguine sinistro, su degenerazione del labbro acetabolare (incipiente coxartrosi). – Zona lombare su alterazioni degenerative L3/4 e L4/5” e quale ulteriore diagnosi quella di “Disturbo dell’elaborazione del dolore, nell’ambito di una sindrome somatoforme” (doc. AI 19-1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste due valutazioni peritali, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessato. Il referto del 27 dicembre 2009 del Servizio di radiologia della Clinica \_\_\_\_\_ (doc. D) allegato al ricorso non permette a questa Corte una diversa valutazione della fattispecie. Nel documento citato il Dr. \_\_\_\_\_ si è infatti limitato ad indicare che nei livelli C4-C5 e C5-C6 sono presenti ernie mediane, senza contatto con le radici nervose. Nelle annotazioni del 12 marzo 2010 il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, ha evidenziato che il referto in questione non permette di oggettivare un peggioramento del quadro clinico. Le degenerazioni discali a livello cervicale sono infatti senza interessamento radicolare (doc. VI bis). Per quanto riguarda la richiesta dell’assicurato di approfondimenti relativi alla presunta patologia neurologica con riferimento a quanto avevano precisato il Dr. \_\_\_\_\_ nel proprio referto del 12 ottobre 2007 (doc. LAINF 48-1) e il Dr. \_\_\_\_\_ in data 10 maggio 2007 (doc. LAINF 26-1), va rilevato che la perizia del Dr. \_\_\_\_\_, posteriore sia al referto del Dr. \_\_\_\_\_ che a quello del Dr. \_\_\_\_\_, ha valutato sia la patologia all’inguine sinistro (degenerazione del labbro acetabolare ed associata condromalacia), sia le alterazioni degenerative nella zona lombare. Dal profilo dello stato neurologico periferico non sono stati riscontrati elementi rilevanti (cfr. doc. LAMAL 9-7). Il Dr. \_\_\_\_\_ non ha rilevato patologie dal profilo internistico ed ha aggiunto che l’atteggiamento difensivo del paziente limita la funzionalità della spalla destra e dell’anca sinistra. “Superata la sua resistenza la mobilità articolare risulta pressoché libera sia per la spalla destra (elevazione massimale limitata di -1/5) che per l’anca sinistra (rotazione esterna -1/5)(doc. AI 9-8). Lo specialista ha quindi riscontrato un trofismo muscolare normale e un’assenza di un’ipotrofia muscolare (del braccio destro, rispettivamente della gamba sinistra) che depone per un carico simmetrico degli arti (cfr. doc. LAMAL 9-7). Per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). La certificazione del Dr. \_\_\_\_\_ del 14 luglio 2010 (doc. I) prodotta dal ricorrente in corso di causa, fa riferimento ad una situazione clinica dell’assicurato posteriore di ben sei mesi alla decisione impugnata e dunque, non è rilevante nella presente procedura. Nelle annotazioni dei medici del SMR Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale e la Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. in psichiatria, viene comunque sottolineato che già in occasione della valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ vi era una problematica cervicale e lombare soggettivamente invalidante al 100% con mobilità lombare ridotta e alterazioni di tipo degenerativo (doc. XVI bis). 2.7.2. In ambito LAINF l’assicurato è stato, altresì, sottoposto, nell’ambito della valutazione pluridisciplinare, ad un accurato esame psichiatrico da parte dei medici della Clinique \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Nel referto del 12 settembre 2007 i medici hanno indicato che l’esame, svolto per il tramite di una traduttrice, non ha evidenziato una patologia psichiatrica: " (...) Dans le cadre d'une évaluation multidisciplinaire, un consilium psychiatrique est réalisé le 16.08.2007. L'examen est effectué avec l'aide d'une traductrice, ne révèle pas, selon notre consultant, de

psychopathologie " (doc. AI 41-4). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Questo a maggior ragione se si considera che il medico curante Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, nel rapporto del 4 dicembre 2007 aveva segnalato uno " stato depressivo ansioso " ma senza ripercussione sulla capacità lavorativa (doc. AI 8-1). Anche il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 18 marzo 2008, aveva diagnosticato, senza ripercussione sulla capacità lavorativa, una " sindrome da dolore somatoforme (ICD 10 F.45.4). Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (ICD 10 F 68.0). Reazione depressiva lieve (ICD 10: F 43.21) ". (doc. AI 12-2). Va inoltre sottolineato che l'insorgente è stato degente dal 26 gennaio all'11 febbraio 2006 presso la Clinica \_\_\_\_\_ e già in quest'occasione il Dr. \_\_\_\_\_ nel referto del

## **E. 16**

febbraio 2006 aveva diagnosticato una " Sindrome del dolore somatoforme cronico. Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche. Reazione depressiva lieve ". Il medico della Clinica \_\_\_\_\_ aveva quindi precisato che non vi erano elementi per un'incapacità lavorativa (doc. AI 12-8). La certificazione del Dr. \_\_\_\_\_ del 12 luglio 2010 (doc. H) prodotta dal ricorrente in corso di causa, fa riferimento ad una situazione clinica dell'assicurato posteriore di ben sei mesi alla decisione dell'UAI e dunque, non è rilevante nella presente procedura. Dal referto del Dr. \_\_\_\_\_ emerge inoltre che la data della prima visita risale al 4 marzo 2010 (doc. H), successivamente dunque all'emanazione della decisione impugnata. Il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_ e la Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. in psichiatria, hanno inoltre evidenziato che la nuova certificazione " non descrive in quale modo le diagnosi identificate interagiscono sulla CL dell'A. né viene menzionato il grado di IL presente " (doc. XVI bis). Per quanto riguarda infine la problematica cardiologica sollevata in sede ricorsuale con l'invio del referto del 21 ottobre 2008 del Dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (doc. C), a mente del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, "la coro TAC mostra una lesione non significativa della coronaria destra" (doc. VI bis). La richiesta di un approfondimento pluridisciplinare relativo a questa patologia non merita dunque accoglimento. Si ricorda tuttavia al ricorrente che 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 (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). In conclusione, rispecchiando la perizia della Clinique \_\_\_\_\_ e quella del Dr. \_\_\_\_\_, i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, 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 schweiz. 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 dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è inabile al lavoro al 60% nella sua precedente professione di manovale, ma è da considerare abile al lavoro al 100% in attività adeguate e

rispettose dei suoi limiti funzionali. La consulente in integrazione professionale nel proprio rapporto del 10 agosto 2009, per quanto riguarda le attività esigibili dall'assicurato ha indicato attività di vendita non qualificata, o quale autista-fattorino, operatore su macchine CNC o, infine, addetto alla cernita di materie prime, addetto all'assemblaggio, addetto all'imballaggio, addetto alla spedizione, addetto al controllo di qualità nell'industria tessile, farmaceutica, della plastica, cioccolatiera, orologiera e microelettronica locali (doc. AI 23-2).

2.8. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2008, come correttamente applicato dall'amministrazione.

2.8.1. Per quel che concerne il reddito da valido, il cui importo non è del resto stato contestato in sede di ricorso (doc. I), l'UAI ha quantificato il reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire da sano in fr. 61'177.-- nel 2008, secondo quanto dichiarato dal precedente datore di lavoro, \_\_\_\_\_, (doc. AI 7-5).

2.8.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, contestato dal ricorrente, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, 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) (...) ". In un'altra sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF 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 no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'806.--. Riportando questo dato su 41.6 ore ( cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 5-2010, p. 86 ), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). L'assicurato, quale manovale edile, avrebbe guadagnato nel 2008 fr. 61'177.-- / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.8.1.). Tale reddito si situa, per ragioni estranee all'invalidità, sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 63'847.68, cfr. Tabella TA1 p.to 15-37 " attività manifatturiere ", livello di qualifica 4, fr. 5'116.-- X 12 mesi = 61'392.-- riportato su 41.6). Nel caso in esame, in considerazione di una differenza del 4,18%, non sono realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009. 2.8.3. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. \_\_\_\_\_ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen

angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa). 2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievor), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo

punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.8.4. In concreto, nel rapporto del 10 agosto 2009, la consulente IP ha applicato una riduzione del 10% per il porto di pesi fortemente ridotto e del 15% per le importanti limitazioni funzionali (doc. AI 23-3). La percentuale globale del 25% stabilita dalla consulente può essere

confermata dal TCA. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che per costante giurisprudenza il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2008, partendo da un salario da invalido di fr. 59'978.88 e ammettendo la riduzione del 25%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 44'984.16 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 61'177.-- (consider. 2.8.1) emerge un tasso d'invalidità del 26,4% arrotondato al 26% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita d'invalidità, come stabilito dall'amministrazione. 2.9. Va osservato che essendo, in questo caso, il grado di invalidità di RI 1 superiore al 20%, egli potrebbe teoricamente avere diritto ad una riforma professionale. L'art.

#### **E. 17**

LAI prevede in particolare che: " L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale." Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP) prevede: " (...) 2. Conditions Les conditions suivantes doivent être remplies de façon cumulative: – On doit être en présence d'une invalidité imminente ou déjà survenue qui empêche la personne assurée d'exercer sa profession antérieure ou de poursuivre l'activité lucrative qu'elle exerçait ou le travail qu'elle effectuait dans son domaine d'activités. – La personne assurée doit être susceptible d'être réadaptée, c'est-à-dire qu'elle doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle. – La formation doit être adaptée au handicap et correspondre aux capacités de la personne assurée. Elle doit en outre être simple et adéquate et procurer une capacité de gain approximativement équivalente à celle de l'activité antérieure. Les frais d'une formation qui n'offre aucune perspective d'une future mise en valeur économique du travail ne sont pas pris en charge." Alla cifra 4013 la circolare prevede inoltre che: " Le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne assurée a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte." Tuttavia, nel caso di specie la consulente in integrazione professionale ha escluso ulteriori provvedimenti reintegrativi di natura professionale. Nel rapporto del 10 agosto 2009 (doc. AI 23-1) ella ha osservato quanto segue: " Preciso anzitutto che, malgrado la formazione di base di alto livello dell'assicurato (UNI \_\_\_\_\_, facoltà filosofia e sociologia), non è purtroppo possibile, vista l'età, il lungo lasso di tempo trascorso da quando era agli studi lunga pratica in ambito non qualificato nonché, infine, la problematica di natura psy comunque segnalata dai curanti, avviare misure di riqualifica professionale con frequenza scolastica " (doc. AI 23-1). Nella misura in cui l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato la sua decisione formale del 10 settembre 2008 merita quindi conferma. 2.10. Con il ricorso l'assicurato ha fatto valere una lesione del diritto di essere sentito non avendo l'Ufficio AI inviatogli la documentazione riguardante gli altri enti assicurativi, nella fattispecie l'\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (doc. I, VIII, XII). Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto

d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16, 124 V 181 e 375 con riferimenti). Nel caso in esame, dagli atti risulta che tramite scritto e-mail del 3 febbraio 2010 la RA 1 ha fatto richiesta all'Ufficio AI di una copia dell'intera documentazione riguardante RI 1 (doc. AI 29-1). L'Ufficio AI, con scritto del 4 febbraio 2010, ha trasmesso al rappresentante dell'assicurato in visione gli atti componenti l'incarto AI (doc. AI 30-1). L'assicurato ha tuttavia potuto prendere visione dell'intera documentazione riguardante il suo caso anche presso l'assicuratore infortuni (\_\_\_\_\_) (cfr. doc. F) e l'assicuratore di indennità giornaliera (\_\_\_\_\_) (cfr. doc. G), semplicemente formulando a tali enti la relativa richiesta, così come aveva fatto con l'Ufficio AI. In queste circostanze, dunque, non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito. 2.11. L'assicurato nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di "accertamenti medici pluridisciplinari" (doc. D). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.12. 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 complessivi fr. 200.- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.13.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: " (...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire

limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)" 2.13. Il ricorrente ha infine postulato di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). Ai sensi dell'art. 61 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 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, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., 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). Dalle tavole processuali si evince che il ricorrente, coniugato e padre di tre figli: \_\_\_\_\_ (del 1990), \_\_\_\_\_ (del 1993) e \_\_\_\_\_ (del 2003), vive grazie all'aiuto dell'assistenza pubblica (cfr. doc. II, V). In tali circostanze l'indigenza deve essere ammessa. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; 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.