

TI_GERICHTE 32.2011.236 vom 13. Juli 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-07-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.236

FR: TI_GERICHTE 32.2011.236 du 13 juillet 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.236 del 13 luglio 2011

Regeste

Indipendente. Ricorso parz. accolto. L'A. ha diritto a una rendita intera dal 1.4.2007 al 31.03.2008 e dal 1.09.2009. Ordinata perizia giudiziaria psic. che in parte non conferma conclusioni SAM. Discussione globale plenaria tra medici, assente in sede amministrativa, si è svolta dinanzi TCA

Erwägungen

E. 29

ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Il reddito da invalido, deve invece essere 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") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame 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 di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.4. L'Alta Corte ammette di principio, la possibilità di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate);

Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. Nella STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario. Per altri casi in cui, invece del metodo straordinario, è stato applicato il normale confronto dei redditi utilizzando i dati statistici ed esigendo dall'assicurato il passaggio ad un'attività dipendente cfr. STF 9C_335/2007 e STF 9C_13/2007. 2.5. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa

non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Tali criteri sono stati così riassunti in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; 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., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza

manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 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). In una sentenza 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente

esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) Il Tribunale Federale, in una sentenza 9C_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in DTF 137 V 64, ha poi esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” A ffinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola

d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante 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 del 27 settembre 2001).

2.6. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.7. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha esposto i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative ed ha ribadito che una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. Alle stesse conclusioni è arrivato il TF in una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 nella quale l'Alta Corte ha ritenuto che il perito amministrativo non aveva documentato con il grado della verosimiglianza preponderante il miglioramento del disturbo depressivo ed ha rinviato gli atti al TCA al fine di allestire una perizia giudiziaria.

2.8. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 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). 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). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore

probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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). 2.9. Il TCA è chiamato nuovamente a stabilire, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.6. e 2.7., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante all'assicurato, a far tempo dal 1° aprile 2008. A seguito della sentenza del TCA del 15 settembre 2010 l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici hanno valutato la patologia psichiatrica,

quella reumatologica e quella neurologica. Nel rapporto peritale del 4 maggio 2011 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di " Sindrome cervicovertebrale cronica recidivante in: - alterazioni degenerative della colonna cervicale (osteocondrosi C5-C6, con spondilosi anteriore e uncartrosi plurisegmentali); - possibili esiti da minima infrazione della lamina vertebrale superiore della VII vertebra cervicale; - esiti da trauma cranico il 4.4.2006; -disturbi statici del rachide (ipercifosi della colonna dorsale alta, con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale). Sindrome lombovertebrale cronica in: - disturbi statici del rachide (scoliosi destroconvessa lombare); - decondizionamento e sbilancio muscolare. Esiti da intervento chirurgico ortopedico alla spalla ds. nel 1986 in lussazioni recidivanti. Periartropatia omeroscapolare sin. in: - artrosi acromioclaveare; - lesione subtotale transmurale all'inserzione del muscolo infraspinato a sin. con possibile distacco osseo; - possibile lesione dello SLAP II. Grave deficit estensorio del gomito sin in probabile artrosi secondaria in: - esiti da frattura aperta del gomito sin. nel 1965. Esiti da osteosintesi con placca per frattura intrarticolare della base metacarpale II mano ds., con asportazione del materiale d'osteosintesi il 2.2.2009. Gonartrosi bicompartimentale a ds. in: - esiti da resezione meniscale del corno posteriore del menisco mediale, resezione parziale al menisco laterale, osteotomia di valgizzazione con correzione massima di 7° in data 8.1.2007; - condrocalcinosi. Gonartrosi mediale a sin., con/su: - condrocalcinosi. Osteoporosi. Sindrome depressiva persistente non specifica (ICD-10 F 34.9) ". (doc. AI 93-21/22). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata posta quella di " Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Stato da trauma cranico minore con lieve commozione cerebrale il 4.4.2006. Sospetto abuso etilico. Allergia alle vespe. Sospetta ipertensione arteriosa. Ipercolesterolemia. Aumento della VES, da controllare/accertare " (doc. AI 93/21-22). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura del 20% nell'attività da ultimo svolta di giardiniere in proprio, mentre in un'attività lavorativa adeguata RI 1 è stato considerato abile al 50%. In particolare, i medici del SAM hanno ritenuto che l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici vada integrata in quella per motivi reumatologici/ortopedici (doc. AI 93-26/27). In considerazione delle conclusioni divergenti sia per quanto riguarda la diagnosi che la valutazione della capacità lavorativa residua dell'assicurato da parte dei medici specialisti in psichiatria (cfr. perizia del 23 febbraio 2011 del Dr. _____, doc. 93-44 e referti del Dr. _____ del 16 luglio 2010, doc. AI 76-3 e del 18 aprile 2012, doc. B), in data 24 ottobre 2011 il TCA ha ritenuto indispensabile far capo ad un perito ai fini del giudizio. Questa Corte il 13 giugno 2012 ha ordinato una perizia medica a cura della Dr.ssa PE 1, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. XIV). Sulla base delle risultanze di tale perizia (doc. XLIII+1) e di quanto emerso nel corso del dibattimento del 16 maggio 2013 (doc. LX), il TCA non può confermare, almeno in parte, le conclusioni dell'UAI per le ragioni che seguono. 2.9.1. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurato è stato sottoposto al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel referto del 16 febbraio 2011 ha diagnosticato uno " Stato da trauma cranico minore con lieve commozione cerebrale (04.04.2006). Dolori cervicali, lombogluteali e alle ginocchia, non spiegati da patologia neurogena ". Dal punto di vista neurologico l'assicurato è ritenuto abile al lavoro al 100% (doc. AI 93-31). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni del perito che non sono del resto state smentite da ulteriori certificati medico-specialistici. 2.9.2. Per

quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurato è stato sottoposto al consulto specialistico del Dr. _____ il quale, nel referto del 25 febbraio 2011, ha posto la diagnosi di "Sindrome cervicovertebrale cronica recidivante in: - Alterazioni degenerative della colonna cervicale (osteocondrosi C5-C6 con spondilosi anteriore e uncartrosi plurisegmentali); - Possibili esiti da minima infrazione della lamina vertebrale superiore della settima vertebra cervicale; - Esiti da trauma cranico il 4.4.2006; - Disturbi statici del rachide (ipercifosi della colonna dorsale alta, con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale). Sindrome lombovertebrale cronica in: - Disturbi statici del rachide (scoliosi destroconvessa lombare); - Decondizionamento e sbilancio muscolare. Esiti da intervento chirurgico ortopedico alla spalla destra nel 1986 in lussazioni recidivanti. Periartropatia omeroscapolare a sinistra in: - Artrosi acromioclaveare; - Lesione subtotale-transmurale all'inserzione del muscolo infraspinato a sinistra con possibile distacco osseo; - Possibile lesione dello SLAP II. Grave deficit estensorio del gomito sinistro in probabile artrosi secondaria in: - Esiti da frattura aperta del gomito sinistro nel 1965. Esiti da osteosintesi con placca per frattura intrarticolare della base metacarpale II mano destra, asportazione del materiale di osteosintesi il 2.2.2009. Gonartrosi bicompartimentale a destra in: - Esiti da resezione meniscale del corno posteriore del menisco mediale, resezione parziale al menisco laterale, osteotomia di valgizzazione con correzione massima di 7° l'8.1.2007; - Condrocalsinosi. Gonartrosi mediale a sinistra; - Condrocalsinosi. Osteoporosi" (doc. AI 93-38/39). Questo specialista ha quindi considerato RI 1 abile al lavoro nell'attività di giardiniere sull'arco di una giornata lavorativa di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento dell'80% dal 7 agosto 2008 (quando è stata documentata la lesione subtotale-transmurale all'inserzione dell'infraspinato con componente ossea non completamente esclusa, una marcata artrosi acromioclaveare con impingement sul sovraspinato ed una possibile lesione SLAP II) (doc. AI 93-42). In un'attività adeguata egli ha confermato una capacità lavorativa sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50% dalla medesima data, mentre fino al 6 agosto 2008, ha fatto riferimento alla valutazione peritale del Dr. _____ (doc. AI 93-42/43). Il Dr. _____ ha quindi diagnosticato anche la patologia alla spalla sinistra: "Periartropatia omeroscapolare a sinistra in- Artrosi acromioclaveare - Lesione subtotale-transmurale all'inserzione del muscolo infraspinato a sinistra con possibile distacco osseo - Possibile lesione dello SLAP II" (doc. AI 93-39) che aveva giustificato il rinvio nella sentenza del 15 settembre 2010 (cfr. sentenza pag. 21, doc. AI 79-21). Lo specialista ha confermato la capacità lavorativa al 50% in attività adeguate (come indicato dal Dr. _____ cfr. doc. AI 28-9), mentre nell'attività di giardiniere l'incapacità è dell'80%. Il Dr. _____ aveva invece fissato al 60% l'incapacità lavorativa nella sua professione (cfr. doc. AI 28-9). Il ricorrente ha contestato le conclusioni del Dr. _____ in particolare la percentuale d'incapacità lavorativa in attività adeguate alla quale è giunto il perito pur considerando anche la patologia alla spalla sinistra (doc. I, pag. 3). Il TCA, in data 12 giugno 2012, ha chiesto al Dr. _____ le seguenti precisazioni in merito all'affezione alla spalla sinistra (doc. XXII): " (...) Nel rapporto peritale dell'11 aprile 2008 il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, aveva posto la diagnosi descritta a pag. 7 del suo referto e ritenuto RI 1 abile nella misura massima del 40% nell'attività di giardiniere in proprio, e al 50% in un'attività adeguata. Dalla risonanza magnetica del 7 agosto 2008, successiva dunque alla valutazione del Dr. _____, è emersa una "lesione subtotale / transmurale all'inserzione dell'infraspinato, una componente ossea (distacco osseo), non completamente esclusa, una marcata artrosi

acromeoclaveare con impingement sul sovraspinato, una possibile lesione SLAP II del labbro superiore ” (perizia del 25 febbraio 2011, pag. 3). Alla luce di quanto sopra, la invitiamo a chiarirci quali sono le conseguenze per l’assicurato, a livello di capacità lavorativa residua e limiti funzionali, della patologia alla spalla sinistra. In particolare, a suo parere la lesione tendinea dell’infraspinato e l’artrosi acromeoclaveare con impingement sul sovraspinato aumentano l’inabilità lavorativa (sia per l’attività di giardiniere che in attività adeguata) a partire dal 7 agosto, oppure no ?” (doc. XXII). Il Dr. _____, con scritto del 18 giugno 2012, ha indicato che “ l’insorgenza di dolori progressivi alla spalla sinistra dall’estate 2008 con al momento della visita del 14.2.2011 dolori alla spalla sinistra in aumento all’abduzione e stando coricato sulla stessa di notte con all’esame clinico sintomatologia di attrito (arco dolente) limitazione di circa 45° alla rotazione esterna passiva, portanti dunque ad una diminuita caricabilità per l’articolazione citata soprattutto oltre il livello del piano orizzontale, implicano un ulteriore diminuzione della capacità lavorativa, già compromessa come già noto dalla perizia ortopedica del 23.11.2007, sia per quanto riguarda l’ultima attività principale come giardiniere, ma anche per attività adatta allo stato di salute; come descritto a pagina 10 e 11 della mia valutazione peritale del 14.2.2011, a decorrere dal 7.8.2008, ritengo l’assicurato in qualità di giardiniere, abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento dell’80%, questo in quanto il 7.8.2008 è stata documentata una lesione subtotale transmurale all’inserzione dell’infraspinato con componente ossea non completamente esclusa, marcata artrosi acromeoclaveare con impingement sul sovraspinato ed una possibile lesione SLAP II: la patologia riscontrata alla spalla sinistra il 7.8.2008, portante ai sintomi e alle limitazioni funzionali e di carico citate, porta a riconfermare una capacità lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50%, sempre a partire dal 7.8.2008 ” (doc. XXIV, la sottolineatura è del redattore). Il legale dell’assicurato – in data 25 giugno 2012 – ha criticato le conclusioni del perito. Il TCA ha sottoposto anche queste ulteriori osservazioni al Dr. _____ per una presa di posizione (doc. XXXII): " (...) a) In particolare, egli ha evidenziato – facendo riferimento al suo scritto - che l’insorgenza dei dolori alla spalla destra implicano un’ulteriore diminuzione della capacità lavorativa dall’agosto 2008 sia nell’ultima attività di giardiniere, sia in attività adeguate, che determinano un’inabilità all’80% quale giardiniere ma del 50% in attività adeguate. Percentuale quest’ultima che corrisponde al medesimo grado d’incapacità indicato dal Dr. _____ nell’aprile 2008 e che – secondo il legale – rivelerebbe una contraddizione. La invito a prendere posizione su questa osservazione dell’avv. RA 1 e a comunicarci se mantiene la sua valutazione. b) Il patrocinatore ha quindi rilevato che RI 1, prima dell’infortunio del 4 aprile 2006 aveva già problemi alle spalle, ai gomiti ed alle ginocchia (facendo riferimento alla perizia SAM del 4 maggio 2011 e al referto del Dr. _____ del 24 maggio 2011). La invito perciò a quantificare – come richiesto dall’avv. Romelli - la capacità lavorativa di allora dell’assicurato nell’attività di giardiniere.” Nello scritto del 20 agosto 2012 il Dr. _____ ha riconfermato, sulla base dei dati soggettivi e di quelli oggettivi, l’abilità al lavoro dell’assicurato sull’arco di una giornata lavorativa di 8-9 ore in qualità di giardiniere, ma con una diminuzione del rendimento dell’80% dal 7 agosto 2008, mentre in attività adatta la diminuzione del rendimento è del 50% sempre dalla medesima data (doc. XXXIV). Nel corso del dibattimento il Presidente del TCA ha invitato il Dr. _____ a precisare i motivi per cui, da un lato, nello scritto del 18 giugno 2012 (doc. XXIV) ha indicato che l’insorgenza di dolori progressivi alla spalla sinistra dall’estate 2008 implicano un ulteriore diminuzione della capacità lavorativa, sia per quanto riguarda

l'ultima attività principale come giardiniere, sia per un'attività adatta allo stato di salute e, d'altro lato, ha tuttavia poi concluso per una diminuzione del rendimento dell'80% in qualità di giardiniere (che il Dr. _____ aveva fissato al 60%), ed ha mantenuto - come il precedente perito - una diminuzione del rendimento in attività adeguate del 50%. Il perito SAM ha fornito la seguente spiegazione: " Il dr. _____ riconosce che nello scritto del 18 giugno 2012 vi è stata una motivazione imprecisa nel momento in cui si faceva riferimento ad un'ulteriore diminuzione della capacità lavorativa anche in attività adeguate. In realtà in attività adeguate gli esami da lui compiuti permettono di concludere per una capacità lavorativa al 50%." (doc. LX, pag. 2). Il Dr. _____ ha spiegato di avere valutato la capacità funzionale di carico residua sulla base dell'anamnesi e dell'esame clinico del paziente ed essere giunto alla conclusione che nell'ultima attività di giardiniere vi fosse un'ulteriore riduzione di rendimento. Questo non vale per le altre attività esigibili, nelle quali egli ha mantenuto l'incapacità lavorativa al 50%, malgrado i problemi aggiuntivi alla spalla (doc. LX, pag. 2). Alla luce delle risposte del perito, il TCA ritiene chiarita la questione e può prestare adesione alle conclusioni della perizia reumatologica. Infatti, siccome le singole mansioni in attività adeguate sollecitano in modo più limitato gli arti superiori, rispetto a quella di giardiniere, il problema alla spalla non ha mutato il grado d'inabilità lavorativa in attività adeguate.

2.9.3. Per quanto riguarda invece la patologia psichiatrica, l'assicurato è stato sottoposto al consulto del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, svolto in ambito SAM (referto del 23 febbraio 2011, doc. AI 93-44). Il ricorrente, ha invece prodotto i referti del medico curante Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, del 16 luglio 2010 (doc. AI 76-3), del 18 aprile 2012 (doc. B). In considerazione delle divergenti conclusioni degli specialisti sia per quanto riguarda la diagnosi che la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurato, il TCA ha ordinato una perizia medica a cura della Dr.ssa PE 1, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. XIV). Nel rapporto del 27 novembre 2012 la Dr.ssa PE 1, dopo aver riassunto gli atti, esposto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi, l'esame clinico e la farmacoterapia ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " Sindrome depressiva persistente con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD.10:F34.9). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4). Modificazione duratura della personalità (ICD-10:F62.8) ", mentre senza ripercussioni sulla capacità lavorativa ha indicato lo " stato da uso dannoso di bevande alcoliche (ICD-10:F10.1) " (doc. XLIII, pag. 13). Secondo la Dr.ssa PE 1 l'inabilità lavorativa per motivi esclusivamente psichiatrici è valutabile al 50% dal 1° settembre 2009, non integrabile in quella per motivi reumatologici-ortopedici. L'assicurato è dunque ritenuto totalmente inabile al lavoro (doc. XLIII, pag. 16). A proposito delle diverse diagnosi la Dr.ssa PE 1 ha innanzitutto concluso che l'assicurato soffre di una sindrome depressiva persistente di gravità media rilevando quanto segue: " Medico di famiglia, psichiatra curante e psichiatra consulente del SAM affermano la presenza di questa diagnosi riconosciuta anche dalla valutazione effettuata durante la presente perizia. Il miglioramento riscontrato dal Dr. med. _____ durante la sua valutazione peritale non è stato mantenuto nel tempo; il grado attuale della sintomatologia presentata è valutabile come di gravità media con sintomatologia in parte atipica e con prognosi invariata. L'esordio della patologia depressiva clinicamente evidente è documentato dal settembre 2009 (lettera del 19.05.2010 del Dr. med. _____) con sintomatologia ansio-depressiva (Disturbo dell'adattamento riconosciuto anche dal Dr. med. _____) insorta precedentemente al primo progetto di rendita A.I. La correlazione con la problematica relativa alla vicenda

assicurativa A.I. non risulta a mio parere essere in primo piano dal profilo causale." (Doc. XLIII, pag. 14) Inoltre il perito giudiziario ha ritenuto invalidante anche la sindrome somatoforme da dolore persistente dopo avere verificato la sussistenza dei criteri di Foerster-Mosimann ed ha precisato quanto segue: " La valutazione interdisciplinare del SAM permetteva di porre questa diagnosi non segnalata in precedenza dai curanti, definendo così una quota psicogena che affianca la sintomatologia dolorosa ritenuta in gran parte oggettivabile e corrispondente alle numerose zone lese dell'apparato osteoarticolare. La perizia SAM attraverso la valutazione del suo consulente psichiatra afferma la non sussistenza dei criteri di Foerster. Non posso concordare con questa affermazione poiché, al contrario, i criteri di Foerster-Mosimann sono dati e in particolare. 1) la presenza di una patologia somatica cronica reumatologico-ortopedica concomitante 2) la comorbidità psichiatrica con la presenza di una Sindrome depressiva persistente 3) il criterio di durata di anni della malattia 4) l'assenza di miglioramenti apprezzabili nonostante la terapia adeguata 5) lo stato psichico cristallizzato 6) la perdita dell'integrazione sociale. Rilevo inoltre come anamnesi e esame clinico da me eseguito, non rilevino evidenze per aspetti dimostrativi, particolari vantaggi secondari dati dai disturbi o mancanza della volontà del p. di far fronte ai suoi disturbi. Per i motivi sopradescritti, ritengo dunque che questa diagnosi debba essere collocata fra quelle con influsso sulla capacità lavorativa." (Doc. XLIII, pag. 15) Infine, secondo la dottoressa PE 1, RI 1 presenta pure una modificazione duratura della personalità così motivata: " L'anamnesi e l'esame della documentazione non parlano a favore di un particolare stile patologico di personalità precedente all'infortunio: il p. è persona semplice, con scarsa scolarità, passato attraverso vicende quali la povertà, l'emigrazione e l'integrazione nel nostro paese senza segnali di particolarità di rilievo nell'attività come impiegato, come pure nella sfera relazionale e affettiva con un'unione coniugale riuscita e stabile. In particolare la moglie descrive il p. come un uomo solare e gioviale che metteva al centro della sua vita il lavoro e la famiglia, traendone soddisfazione ed equilibrio. Il p. ha anche affrontato negli anni precedenti l'infortunio, diversi problemi all'apparato osteoarticolare, sottoponendosi di buon grado alle cure e interventi preposti, riprendendo il lavoro non appena possibile. Anche dopo l'infortunio (lettera del Dr. med. _____ dell'8.09.2006) il p. sembrava essere convinto della possibilità di riprendere l'attività lavorativa. L'impossibilità definitiva di riprendere il lavoro è probabilmente l'evento che ha alterato in senso patologico (con un circolo vizioso biopsico-sociale) l'equilibrio e il funzionamento globale del p. come descritto anche dal Dr. med. _____ nella sua lettera del 16.07.2010, tanto che la diagnosi di modificazione duratura della personalità che resta stabilmente patologica è verosimile. Il test psicodiagnostico eseguito nel corso della presente perizia suffraga bene quest'ipotesi patogenetica." (doc. XLIII, pag. 15) L'Ufficio AI ha sottoposto la perizia alla valutazione dei medici del SMR, Dr. _____ e Dr.ssa _____, i quali nelle osservazioni del 7 gennaio 2013 hanno concordato con la valutazione psichiatrica in senso stretto e per l'inabilità lavorativa del 50% ("Possiamo concordare per quanto concerne la valutazione psichiatrica nel senso stretto ed il relativo impedimento funzionale con derivante inabilità lavorativa del 50% a decorso cronico sin dal 2009 (sintomatologia depressiva di grado medio)", cfr. doc. XLVbis). Per quanto concerne i criteri di Förster, essi hanno sottolineato che spetta al medico constatare i fatti e all'amministrazione e al giudice valutare se tali criteri siano adempiuti (doc. XLVbis), ciò che effettivamente corrisponde a quanto stabilito dal Tribunale federale (cfr. STF 8C_337/2012 del 5 aprile 2013; STF 8C_260/2013 del 28 maggio 2013). Nel corso del dibattimento la Dr.ssa PE 1 si è riconfermata nelle proprie

valutazioni peritali. Alla domanda del Presidente del TCA se la depressione di cui soffre l'assicurato è indipendente dalla sindrome somatoforme dolorosa o se è a lei legata (doc. LX, pag. 2), il perito giudiziario ha risposto " che è legata piuttosto alla perdita del lavoro e del ruolo sociale ". Sempre secondo la specialista in psichiatria dall'incarto emerge che " l'assicurato ha cercato di fare di tutto per riprendere il lavoro ed era anche convinto di farlo ed il problema psichico è subentrato successivamente " (doc. LX, pag. 2). La Dr.ssa PE 1, rispondendo al Presidente del TCA, ha precisato che la patologia psichica " non è nè leggera, nè transitoria ma persistente " (doc. LX, pag. 2). Per quanto riguarda i criteri di Förster il perito giudiziario, dopo aver rilevato le difficoltà che a volte incontrano i medici per operare una classificazione ai sensi dell'ICD, " ha ribadito che gli episodi depressivi sono costanti e mai lievi. Nella diagnosi ci sono degli aspetti misti di gestione dell'emotività " (doc. LX, pag. 3). La Dr.ssa PE 1 ha poi sottolineato che delle diagnosi poste quella che ha meno incidenza è la sindrome somatoforme. La sindrome depressiva persistente con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD.10:F34.9) e la modificazione duratura della personalità (ICD-10:F62.8) concorrono all'incapacità lavorativa nella misura del 50%. La specialista in psichiatria ha quindi asserito che " sarebbe arrivata a questo risultato anche in assenza della sindrome somatoforme " (doc. LX, pag. 3). La modificazione della personalità provoca delle difficoltà relazionali, di gestione dell'emotività e di pianificazione, mentre la concentrazione è diminuita soprattutto a causa del problema depressivo (doc. LX, pag. 3). Il perito giudiziario ha poi evidenziato che il paziente oltre ai medicinali per le affezioni psichiatriche deve assumere una serie di medicinali per gli aspetti somatici (doc. LX, pag. 3). In sede d'udienza la Dr.ssa _____ del SMR, specialista FMH in psichiatria, ha confermato di avere preso visione della perizia della Dr.ssa _____ e di concordare con il grado d'incapacità lavorativa del 50% in ambito psichiatrico (cfr. doc. LX pag. 2, vedi anche annotazione del 28 dicembre 2012, doc. XLVbis). Chiamato ora a pronunciarsi, anche questo Tribunale non ha motivi per scostarsi dal grado d'incapacità lavorativa del 50% fissato dal perito giudiziario in considerazione della sindrome depressiva persistente con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD-10: F34.9) e della modificazione duratura della personalità (ICD-10: F62.8). Infatti, innanzitutto le conclusioni relative alla capacità lavorativa residua, sono state compiutamente motivate (sul tema cfr. STF 8C_217/2012 del 15 gennaio 2013). Inoltre, con riferimento specificatamente all'osservazione formulata dalla dottoressa _____ nel corso del dibattimento (cfr. doc. LX, pag. 2), il TCA rileva che, effettivamente, il perito giudiziario ha formulato una diagnosi che figura nella ICD-10 fra le sindromi affettive persistenti (F 34), così definite: " Si tratta di disturbi dell'umore persistenti e di solito fluttuanti, nei quali la maggior parte dei singoli episodi non sono sufficientemente gravi da poter essere descritti come ipomaniacali o depressivi lievi. Dal momento che durano per anni, e qualche volta per la maggior parte della vita adulta del soggetto, essi comportano una notevole sofferenza e disabilità. In alcuni casi, episodi ricorrenti o singoli di mania o di depressione possono sovrapporsi ad una sindrome affettiva persistente." (cfr. "ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali". Ed. Masson, Milano 2003, pag. 134). Questo Tribunale constata che nella medesima categoria figura pure la distimia (cfr. ICD F 34.1). Nei caso in cui viene posta quest'ultima diagnosi la giurisprudenza federale ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.2 In questo contesto, il Tribunale cantonale ha giustamente esplicitato il concetto per cui un disturbo psichico non deve necessariamente provocare un'incapacità lavorativa invalidante. Ciò vale in particolare nel caso – come quello di specie

– in cui la diagnosi pronunciata mette in evidenza un danno di lieve entità. 4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio – a seconda delle circostanze – effetti invalidanti (sentenze I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; I 834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; I 488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia “unicamente” una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008/IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06])." (cfr. STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009; STF 9C_922/2009 del 9 luglio 2010; STCA 32.2007.58 del 10 marzo 2008 e STCA 32.2012.82 del 25 marzo 2013) Ora, nel caso concreto, anche se l'affezione di cui soffre l'assicurato non è stata classificata dal perito giudiziario quale episodio depressivo (secondo la F 32) o quale sindrome depressiva ricorrente (secondo la F 33; cfr. STF 8C_217/2012 del 15 gennaio 2013) essa è stata comunque ritenuta una sindrome depressiva persistente non specificata ai sensi della F 34.9. Secondo il TCA, decisiva è la circostanza che, a questa diagnosi, si aggiunge pure un disturbo della personalità, ciò che secondo la giurisprudenza appena ricordata, permetterebbe di riconoscere il carattere invalidante pure alla distimia. A ragione dunque il perito giudiziario ha concluso che questi danni alla salute psichica sono invalidanti (cfr. STF 8C_484/2012 del 26 aprile 2013, consid. 4.3.1; STF 8C_217/2012 del 15 gennaio 2013; STF 9C_694/2011 del 27 febbraio 2012). Può così rimanere aperta la questione relativa alla sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4) e in particolare se i criteri fissati dal Tribunale federale per ritenerla invalidante (cfr. consid. 2.5) sono adempiuti oppure no. Al riguardo la specialista del SMR e il perito giudiziario nel corso del dibattimento si sono così espresse: " (...) La dr.ssa _____, invitata dal presidente del TCA ad esprimersi circa i criteri di Förster, solleva qualche dubbio sul tema della comorbidità psichiatrica (vista la diagnosi posta) e sul tipo di terapia instaurato per le affezioni psichiche (ad esempio non si è mai ipotizzato un ricovero). La dr.ssa PE 1 sul primo punto, dopo avere rilevato la difficoltà che incontrano i medici a volte per operare una classificazione ai sensi dell'ICD, ha ribadito che gli episodi depressivi sono costanti e mai lievi. Nella diagnosi ci sono degli aspetti misti di gestione dell'emotività. La dr. _____ chiede in che misura le diagnosi psichiatriche portano ognuna ad una incapacità lavorativa. La dr. PE 1 risponde che tra le tre diagnosi quella che ha meno incidenza è la sindrome somatoforme. Le altre due concorrono all'incapacità lavorativa al 50%. Sarebbe arrivata a questo risultato anche in assenza della sindrome somatoforme. Riguardo alle altre due la modificazione della personalità provoca delle difficoltà relazionali, di gestione dell'emotività, di pianificazione. Molti aspetti sono sovrapponibili, la concentrazione è diminuita soprattutto a causa del problema depressivo. Rileva pure che in precedenza per molto tempo assumeva bevande alcoliche come analgesici. Riguardo alla terapia la dr.ssa PE 1 rileva che oltre a quelli per la cura delle affezioni psichiatriche, l'assicurato deve prendere una serie di medicinali per gli aspetti

somatici." (cfr. doc. LX, pag. 3) Su questo tema il TCA si limita ad aggiungere che buona parte dei criteri alternativi alla comorbidità psichiatrica, stabiliti dalla giurisprudenza federale (cfr. SVR 2013 IV Nr. 6; STF 9C_901/2012 del 21 maggio 2013), sono effettivamente realizzati nel caso concreto, in particolare quella relativa alla presenza di una patologia somatica cronica reumatologico-ortopedica concomitante, il criterio della durata di anni della malattia, l'assenza di miglioramenti apprezzabili nonostante la terapia, lo stato psichico cristallizzato e la perdita dell'integrazione sociale. In conclusione RI 1 è dunque inabile al lavoro al 50% dal 1° settembre 2009 dal profilo psichiatrico. 2.9.4. Si pone ora la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati dal perito reumatologo e di quello psichiatrico sulla capacità lavorativa del ricorrente. A proposito della valutazione globale delle patologie, 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 (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). 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 (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Nel referto peritale del SAM del 4 maggio 2011 la Dr.ssa _____ e la Dr.ssa _____ hanno indicato che l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici va integrata in quella per motivi reumatologici-ortopedici, "in quanto la patologia psichiatrica è da interpretare come conseguenza della pluripatologia a livello dell'apparato locomotorio ed entrambe prendono in considerazione il sintomo del dolore" (doc. AI 93/28-29). La psichiatra incaricata di effettuare la perizia amministrativa è arrivata alla medesima conclusione e il 16 marzo 2012 si è così espressa: "(...) 1. Successivamente alla valutazione peritale del 23.02.2011 lei è stato ancora interpellato dal SAM in merito alla valutazione globale delle patologie? Ha partecipato ad una discussione globale con altri medici? Sì, dopo la mia valutazione peritale del 23.02.2011 ho avuto modo di discutere del caso con i colleghi del SAM (Dr.ssa med. _____ e Dr.ssa med. _____). 2. Condivide la valutazione della perizia SAM secondo cui l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici va integrata in quella per motivi reumatologici-ortopedici, "in quanto la patologia psichiatrica è da interpretare come conseguenza della pluripatologia a livello dell'apparato locomotorio ed entrambe prendono in considerazione il sintomo del dolore?". Nella mia valutazione peritale le due diagnosi da me poste hanno una interrelazione fra di loro e sono d'accordo con il concetto in cui l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici va integrata con quella per motivi reumatologici-ortopedici. La sindrome depressiva da me diagnosticata ha una forma clinica particolare in cui si evidenzia una prevalente componente di tensione endopsichica e rabbia.

Questa sintomatologia è fonte di un processo di somatizzazione e di trasformazione in dolore e allo stesso tempo è generata dal vissuto di perdita della capacità funzionale originata dallo stesso dolore fisico che produce. Per questo motivo, da un punto di vista valetudinario, si può asserire che l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici vada integrata con quella di tipo reumatologica-ortopedica." (doc. XII/1) Questa conclusione non è stata condivisa dal perito giudiziario, Dr.ssa PE 1. La specialista, nella valutazione richiesta da questa Corte, ha preso in considerazione " sia la parte diagnostica che il rispettivo influsso di ogni disturbo psichico sulla C.L., nonché la questione dell'integrazione o meno dell'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici con quella per motivi somatici " (doc. XIV, pag. 14). La Dr.ssa PE 1 ha quindi discusso separatamente ogni diagnosi (sindrome depressiva persistente, sindrome somatoforme da dolore persistente, modificazione duratura della personalità e stato da uso dannoso di bevande alcoliche) e ha concluso che la patologia psichiatrica di cui soffre l'assicurato è complessa, in quanto " le diverse diagnosi si interrelano nella determinazione del quadro clinico e dei suoi sintomi " (doc. XIV, pag. 16). In merito al quadro complessivo il perito giudiziario ha indicato che la patologia psichiatrica complica e peggiora quella dell'apparato locomotorio, " provocando ulteriori limitazioni non ascrivibili esclusivamente al problema del dolore cronico, che compromettono ulteriormente la capacità lavorativa " (doc. XIV, pag. 16). La Dr.ssa PE 1 ha quindi illustrato le menomazioni psichiatriche rappresentate da " ansia e tensione psicomotoria, aumento dell'arousal con progressiva diminuzione del rendimento intellettuale nel tempo, calo del tono dell'umore, della motivazione, della concentrazione, con diminuzione della capacità organizzativo-pianificatoria, dalla diminuzione della capacità di sopportare lo stress relazionale anche minimo, con irritabilità e passaggi all'atto incontrollabili e dalla componente psicogena relativa al dolore cronico presente in diversi distretti corporei ". Sono presenti – sempre secondo la perita – anche faticabilità e sonnolenza in parte anche di origine iatrogena (doc. XIV, pag. 16). Dopo avere richiamando il rapporto della consulente in integrazione professionale del 15 settembre 2009 (doc. AI 47-1) che elenca le attività adatte alle risorse fisiche dell'assicurato, la Dr.ssa PE 1 ha sottolineato che queste attività non sono esigibili a causa della riduzione delle risorse psichiche. La specialista in psichiatria ha concluso indicando che le menomazioni psichiatriche (elencate precedentemente) non sono, per la maggior parte, ascrivibili alla problematica del dolore cronico (doc. XIV, pag. 17). I medici del SMR, Dr. _____ e Dr.ssa _____, nelle annotazioni del 28 dicembre 2012 hanno contestato queste conclusioni in quanto alla base di questa valutazione non vi è stata una discussione con il perito reumatologo (doc. XLVbis). Questa discussione ha così avuto luogo davanti al Presidente del TCA durante il dibattimento del 16 maggio 2013 (doc. LX). Interpellato dal Presidente del TCA il Dr. _____ ha precisato " di non avere preso in considerazione nessun aspetto psichico per la sua valutazione ma di essersi limitato alla sua specialità " (doc. LX, pag. 2). La Dr.ssa PE 1, in via preliminare, ha precisato di non avere contattato spontaneamente il Dr. _____ al momento dell'allestimento della perizia giudiziaria " in quanto fra le diagnosi da lei poste non figurava in primo piano quello della sindrome somatoforme . Infatti se così fosse stato avrebbe interpellato il perito reumatologo per discutere di una valutazione complessiva dell'incapacità lavorativa. Precisa inoltre che le era molto chiaro quanto peraltro confermato in sede di udienza e cioè che il dr. _____ aveva effettuato la sua valutazione esclusivamente dal suo profilo (doc. LX, pag. 3). La Dr. PE 1, rispondendo al presidente del TCA sui motivi per cui non ritiene che l'assicurato possa sfruttare la capacità lavorativa residua attestata dal Dr. _____, dopo avere preso

atto delle attività indicate dal consulente di integrazione professionale, ha sottolineato che: “Purtroppo le due valutazioni sono sinergiche ed impediscono l’esercizio di un’attività lavorativa. In altre parole le competenze psichiche non sono utilizzabili per i problemi dell’assicurato a livello di concentrazione, le difficoltà relazionali, l’affaticabilità, l’irritabilità. Si tratta di una serie di fattori che rendono impossibili da effettuare anche lavori semplici e ripetitivi ipotizzati dal consulente di integrazione professionale” (doc. LX, pag. 2). Il Dr. _____ è poi stato invitato dal Presidente del TCA a discutere con la collega psichiatra. Egli, dopo essersi fatto descrivere la giornata dell’assicurato, ha affermato di non avere motivi per contestare le conclusioni della Dr.ssa PE 1 (cfr. doc. LX, pag. 4: "Rispondendo al presidente del TCA, il dr. _____, dopo avere chiesto informazioni sulla descrizione della giornata effettuata dalla dr. PE 1, afferma di non avere nulla da osservare sulle sue conclusioni. Precisa, a livello generale, che quando gli si chiede di effettuare una perizia da parte del SAM, riceve tutte le valutazioni e se ritiene che quella da lui effettuata non viene tenuta sufficientemente in considerazione contatta abitualmente il collega per effettuare una discussione. La dr. _____ precisa che a pag. 18 vi è la descrizione della giornata da parte del SAM."). Nel corso del dibattimento il Presidente del TCA ha pure chiesto il parere dei medici del SMR sull'esito della discussione tra il perito dell'amministrazione e il perito giudiziario. Dopo che il dottor _____, specialista FMH in medicina interna ha affermato di "avere difficoltà a comprendere come mai questo tipo di affezione psichiatrica comporti un'inabilità lavorativa totale", la dottoressa _____, specialista FMH in psichiatrica, ha affermato di comprendere "la difficoltà dell'assicurato ad adattarsi ad altre attività" (cfr. doc. LX, pag. 4). Dal canto suo la dottoressa _____, dopo avere sottolineato che in parte i problemi si sovrappongono (ad esempio la necessità di introdurre delle pause e la presa in considerazione del dolore cronico) ha chiesto ai periti di precisare in che misura siano sovrapponibili le capacità lavorative. La dottoressa PE 1 ha riconfermato le difficoltà di concentrazione e della gestione dell'emotività, che rendono di fatto inutilizzabile la capacità lavorativa non legata agli impedimenti accertati dal reumatologo (cfr. doc. LX, pag. 3). Riguardo il passaggio della perizia SAM (pag. 18) letta dal dottor _____ dalla quale emerge che l'assicurato "esce a fare una passeggiata per un'oretta" il TCA sottolinea che decisivo non è tanto l'aspetto di mobilità quanto la possibilità di sfruttare la capacità lavorativa residua (vedi pure doc. LX, pag. 4). Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale, ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale la discussione fra gli esperti di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 8C_245/2012 del 9 aprile 2013). Nella presente fattispecie, preso atto della discussione fra gli esperti avvenuta il 16 maggio 2013 questo Tribunale non ha motivi per non ritenere che l'assicurato è praticamente inabile al lavoro in misura totale per i suoi problemi di salute attestati dagli esperti in reumatologia e in psichiatria. A proposito della cumulabilità il TCA rileva peraltro che il Dr. _____ si è effettivamente sempre espresso dal punto di vista strettamente reumatologico senza alcun riferimento al problema del dolore cronico (cfr. valutazione peritale del 25 febbraio 2011, doc. AI 95-33 e nei successivi complementi del 18 giugno 2012, doc. XXIV e del 20 agosto 2012, doc. XXXIV). Diverso sarebbe stato se il perito reumatologo avesse posto una diagnosi e una valutazione della capacità lavorativa inclusiva di aspetti psichici Ad esempio, nella sentenza di questa Corte 32.2012.1 del 18 giugno 2012, nell’ambito di una perizia pluridisciplinare SAM, il perito reumatologo aveva posto una diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa che comprendeva una “Sindrome del dolore cronico, diagnosi differenziale sindrome fibromialgica primaria, "chronic fatigue

syndrome ”. In quel caso la patologia fibromialgica era stata ritenuta dal perito predominante nel quadro reumatologico per cui si giustificava una valutazione complessiva. Anche l’UAI ha del resto riconosciuto che alla luce di quanto emerso dalla discussione effettuata da parte dei due periti davanti al TCA, le conclusioni dell’amministrazione sul mancato cumulo delle patologie, non si giustificano più (doc. LX, pag. 4). L'assicurato è dunque totalmente inabile al lavoro dal mese di settembre 2009. 2.10. Alcune considerazioni aggiuntive e di carattere generale si impongono a proposito della perizia del SAM. Il 6 febbraio 2013 il Presidente del TCA ha inviato alle dottoresse _____ e _____ uno scritto del seguente tenore: " Dalla perizia pluridisciplinare del 4 maggio 2011 emerge in particolare che “le conclusioni peritali si fondano su un’esauriente discussione fra tutti i medici periti del SAM” (cfr. Doc. 93-28). Al fine di evadere il ricorso citato mi occorre sapere: 1. quando ha avuto luogo la discussione fra tutti i periti e secondo quali modalità; 2. in particolare quando ha avuto luogo la discussione del caso tra il dr. _____ e il dr. _____ che ha permesso al SAM di concludere che l’incapacità lavorativa per motivi psichiatrici va integrata nell’incapacità lavorativa per motivi reumatologici – ortopedici (cfr. Doc. 93-27/28)." (doc. L) Il 21 febbraio 2013 la dottoressa _____, specialista FMH in medicina interna, e la dottoressa _____, specialista FMH in fisiatria e riabilitazione, hanno così risposto: " Alla domanda 1, "Quando ha avuto luogo la discussione fra i tutti periti e secondo quali modalità" così rispondiamo: ricordiamo innanzitutto i casi che passano al SAM vengono discussi sempre tra tutti i periti medici del SAM. Ricorso che la perizia ha un perito coordinatore, che è sempre un medico del SAM, e vari periti consulenti. Nel caso in questione non siamo in grado di dire quando ha avuto luogo la discussione, poiché ciò non viene protocollato. Riguardo alla modalità, il caso viene sempre discusso dal medico perito coordinatore, in questo caso Dr.ssa med. _____, con i vari medici consulenti, e in seguito ridiscusso tra tutti i medici periti del SAM. Quindi, sia il Dr. med. _____, come anche il Dr. med. _____, sono stati messi a conoscenza della valutazione dell'uno e dell'altro. Alla domanda 2, "in particolare quando ha avuto luogo la discussione del caso tra il dr. _____ e il dr. _____ che ha permesso al SAM di concludere che l’incapacità lavorativa per motivi psichiatrici va integrata nell’incapacità lavorativa per motivi reumatologici-ortopedici", così rispondiamo: come detto, il Dr. med. _____ ha discusso il caso con la Dr.ssa _____ e la Dr.ssa med. _____ ed è stato messo a conoscenza del contenuto della valutazione del Dr. med. _____ e del Dr. med. _____. In seguito alla sua presa di posizione il caso è stato nuovamente discusso all'interno del SAM tra tutti i medici periti del SAM con la valutazione che è stata poi espressa nell'ambito della perizia e firmata sia dalla Dr.ssa med. _____ che dalla Dr.ssa med. _____. Affinché non ci siano dubbi sul fatto che i periti coinvolti nella perizia del Signor RI 1, cioè Dr. med _____, Dr. med _____ e Dr. med. _____, fossero concordi sulle conclusioni del SAM, abbiamo chiesto loro di controfirmare la perizia data 4.5.2011, che le alleghiamo." (doc. LIII) Nel corso del dibattimento del 16 maggio 2013 il Presidente del TCA ha chiesto al dottor _____ se, dopo la sua perizia, ha discusso direttamente con il perito psichiatra. Il reumatologo ha risposto di no (cfr. Doc. LX, pag. 2). Rispondendo al Presidente del TCA nel corso del dibattimento anche le dottoresse _____ e _____ hanno confermato che, in questo caso, non vi è stata una discussione direttamente tra il dr. _____ e il dr. _____ (cfr. doc. LX, pag. 4). Alla luce dei fatti accertati durante il dibattimento questo Tribunale non può dunque che esprimere tutto il proprio stupore per le risposte fornite dalla Dr.ssa _____ e dalla Dr.ssa _____ alle domande del

Presidente del TCA, giustamente criticate dal patrocinatore dell'assicurato (cfr. doc. I, XVII, LVI), secondo cui la discussione plenaria è avvenuta in sede amministrativa. In realtà essa è avvenuta soltanto davanti al TCA (cfr. consid. 2.9.4). È così necessario ribadire che la discussione tra esperti, secondo quanto stabilito dal Tribunale federale, deve realmente avvenire direttamente tra di loro, alla presenza del perito coordinatore della perizia pluridisciplinare. Non basta invece, come sembrano ritenere le dottoresse _____ e _____, che il perito coordinatore prenda contatto con l'uno o l'altro dei periti discutendo le conclusioni del o dei colleghi. In altri termini, ai sensi della giurisprudenza federale la discussione collegiale non consiste semplicemente in un contatto diretto tra i periti e il perito coordinatore del SAM, ma deve trattarsi invece di una ponderata discussione plenaria, fra tutti gli esperti interessati, in merito ad un'eventuale cumulabilità dei gradi d'inabilità lavorativa alla presenza del perito coordinatore. Significative al riguardo sono le considerazioni sviluppate dal Tribunale federale in una sentenza 8C_245/2012 del 9 aprile 2013: " 5. 5.1 En l'occurrence, il n'existe aucun indice qui laisse à penser que les conclusions de l'expertise de W. _____ ne seraient pas le fruit d'un consensus entre tous les intervenants concernés. Le simple fait que l'expertise n'a pas été cosignée par tous les médecins ayant participé à son établissement ou que son contenu est présenté dans deux rapports séparés ne permet pas de remettre en doute sa valeur probante. Ce qui importe, c'est que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués. Or, tel est bien le cas en l'espèce. En effet, le rapport des médecins de W. _____, qui intègre au demeurant l'évaluation psychiatrique, mentionne expressément que "la quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été décidée lors d'une conférence de consensus ayant réuni les médecins qui ont participé à l'élaboration de cette expertise" (p. 1). Dans la partie intitulée "Appréciation du cas et pronostic" (p. 14 et suivantes), il apparaît que les conclusions ont été prises en consensus par "les médecins impliqués dans l'expertise médicale" de l'assuré (p. 16). Contrairement à ce que soutient le recourant, il est fait référence à tous les experts et non seulement aux médecins internes de W. _____ ou aux seuls cosignataires du rapport d'expertise du 22 décembre 2009. A cet égard, rien n'indique que la doctoresse V. _____, bien qu'elle ne soit pas rattachée au Centre W. _____, n'a pas pris part à la conférence de consensus ni participé à l'élaboration des conclusions finales. Par ailleurs, quoi qu'en dise le recourant, les experts ont motivé leurs conclusions, indiquant que la perte de rendement de 20 à 30 % était due à la présence des troubles psychiques (épuisement, tristesse, angoisse), la nécessité de changer fréquemment de position et une certaine lenteur dans l'exécution des mouvements du membre supérieur droit." Questo Tribunale invita l'Ufficio AI a vigilare attentamente su questo punto in occasione delle future decisioni. 2.11. Per quel che concerne gli effetti dal profilo economico e dunque sulla rendita d'inabilità spettante all'assicurato, di quanto accertato a livello medico (cfr. consid. 2.9), il TCA rileva quanto segue. L'assicurato è inabile al lavoro al 100% in tutte le professioni dal mese di settembre 2009 quando è subentrato un danno alla salute psichico. Per quanto riguarda invece il periodo precedente, il TCA constata che l'amministrazione ha attribuito una rendita intera d'inabilità dal 1° aprile 2007 al 31 marzo 2008, per poi sopprimerla dal 1° aprile 2008, facendo riferimento alla perizia del Dr. _____ e alla valutazione del SMR che hanno considerato RI 1 abile al lavoro al 50% in attività adeguate dal mese di dicembre 2007 (cfr. doc. AI 28-1, 33-1, sentenza TCA 32.2010.63). L'abilità al lavoro al 50% in attività adeguate è quindi stata confermata anche dal Dr. _____ nella perizia SAM e nelle successive valutazioni, di cui si è detto

precedentemente. 2.12. Occorre dunque esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente per il periodo precedente il mese di settembre 2009 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 (la rendita è stata soppressa dal mese di aprile 2008).

2.12.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha fissato il reddito da valido dell'assicurato in fr. 26'000.-- nel 2005, aggiornati a fr. 28'230.-- nel 2007, sulla base della valutazione economica del 6 novembre 2008 dell'ispettore AI che ha fatto riferimento alla documentazione fiscale (doc. AI 39-1). Il ricorrente ha contestato questa valutazione che non terrebbe conto delle importanti patologie che affliggevano l'assicurato ben prima del 4 aprile 2006 (data dell'infortunio). Egli ha quindi fatto riferimento a una serie di certificati medici del Dr. _____ e del Dr. _____ (cfr. doc. I, pag. 4). Secondo il legale di RI 1 “è impensabile che, in tale situazione, egli abbia potuto esercitare in modo completo l'attività di giardiniere indipendente a partire dal 1999, come a torto pretende l'UAI. In realtà si trattava di un'attività svolta parzialmente (che il ricorrente nelle sue dichiarazioni fiscali aveva indicato quale “attività accessoria”), che gli permetteva di conseguire un reddito che di certo non raggiungeva nemmeno la metà di quello che un giardiniere indipendente, totalmente abile al lavoro, avrebbe potuto guadagnare” (doc. I, pag. 4). L'UAI invece non ritiene vi siano elementi medici ed economici che facciano presumere una capacità di guadagno diminuita già prima del 4 aprile 2006 (doc. AI 66-3). Secondo il TCA, a torto. Dalla documentazione medica agli atti, in particolare dallo scritto del 24 maggio 2011 del medico curante Dr. _____, medico generalista, emerge chiaramente che l'assicurato antecedentemente all'infortunio del 4 aprile 2006 soffriva già di numerose patologie reumatologiche/ortopediche: “ (...) • “Vecchia frattura al gomito” 24.02.1994 • “ Operazione spalla dx per lussazione recidivante 8 anni fa all'OCL” • “ Epicondilitis sx da 2 mesi”

21.05.1996 • “Dolori spalla e scapola sx”
04.05.2001 • “Epitrocheite dx”
interoscapolare dx”
antinfiammatoria”
25.10.2004 • “Puntura
25.10.2004 • “Tendinite zampa d’oca dx + puntura
di Kenacort 24.02.2005 • “Dolore spalla dx, cervicotrapezialgia gomito sx e ginocchio dx”
06.04.2005 • Referto Dr. _____, gonartrosi ginocchio dx 17.03.2006 • Sospetta
lesione menisco all’ _____ 18.01.2006” (doc. AI 104-3). Anche dal referto del
17 marzo 2006 del Dr. _____ dell’ _____ di _____ emerge che “ il
paziente da anni accusa disturbi al ginocchio dx, ultimamente peggiorati ” (doc. AI 104-7).
Che il paziente fosse sofferente già prima del mese di aprile 2006 lo si deduce chiaramente
anche dall’anamnesi della perizia SAM del 4 maggio 2011 (cfr. doc. AI 93-14, pto. 3.4.). In
considerazione di ciò, non può essere ritenuto sufficientemente attendibile l’importo di fr.
26’000.-- calcolato dall’ispettore AI il 6 novembre 2008 (doc. AI 39-1). Secondo questa
Corte il reddito da valido va determinato invece sulla base di dati statistici. In applicazione
della Tabella TA1, riferita all’anno 2008, categoria 4 , (visto che l'assicurato non ha
acquisito una formazione professionale specifica in quel settore; cfr. doc. 39-1) attività
semplici e ripetitive p.to 01 “ Ortofloricoltura ” ottenendo un importo mensile di fr. 3’429.--
che riportato su 41.6 ore corrisponde a fr. 3’566.16 al mese, pari a fr. 42’793.92 annui.
2.12.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido , va ricordato che lo stesso è
determinato sulla base della situazione professionale concreta dell’interessato, a condizione
però che quest’ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa
residua e che il reddito derivante dall’attività effettivamente svolta sia adeguato e non
costituisca un salario sociale (“Soziallohn”) (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se
invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso
una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da
valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti
statistici ufficiali, editi dall’Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi
nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p.
332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza
federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale
(affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione
ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in
lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari
sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha
precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico
permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del
lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una
stima che l’amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido
motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell’assicurazione (DTF 126 V
80 consid. 5b/cc). L’Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di
indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di
riferimento TA1 dell’inchiesta sulla struttura dei salari edita dall’Ufficio federale di
statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione
alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I
222/04). Nel caso concreto 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, 3-2011, p. 90), 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). Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico l'assicurato è abile al 50% in attività adeguate, il reddito statistico è ridotto del 50% e corrisponde a fr. 29'989.44 (fr. 59'978.88 ridotti del 50%) (sulla riduzione del reddito statistico da invalido da operare in due fasi cfr. le STF 8C_931/2010 del 26 gennaio 2011 e la STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009). 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%). In un'altra pronuncia 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%. 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 costituisse 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.) 2.12.3. In concreto, nel rapporto del 15 settembre 2009, la consulente IP ha applicato una riduzione del 5% per attività leggera e dell'8% per attività a tempo parziale (doc. AI 47-2). Ai fini della riduzione del reddito statistico nella presente fattispecie, va osservato che, a dipendenza del danno alla salute, l'assicurato è stato giudicato in grado di esercitare un'attività adeguata al 50%. La riduzione del 50% è da intendersi come capacità lavorativa sull'intera giornata con riduzione di rendimento (cfr. perizia Dr. _____, pag. 11, perizia Dr. _____ pag. 9). Alla luce di questa precisazione, non può, quindi, essere applicata al reddito da invalido un'ulteriore riduzione percentuale per tener conto del fatto che l'interessato è in grado di svolgere un'attività adeguata unicamente a tempo parziale (cfr. STF 9C_740/2012 del 22 ottobre 2012; STF I 69/07 del 2 novembre 2007). Nel caso di specie, essendo l'assicurato, dal profilo medico, ancora abile al 50% in attività adeguate, inteso come capacità lavorativa sull'intera giornata con riduzione di rendimento, non è dunque possibile applicare una riduzione del reddito da invalido per tenere conto del fatto che l'assicurato può effettuare un'attività adatta solo a tempo parziale (sul tema cfr. pure STCA 32.2010.248 del 20 giugno 2011; STCA 32.2008.8 dell'11 marzo 2009). Procedendo quindi al raffronto dei redditi con riferimento al 2008, partendo da un salario da invalido di fr. 29'989.44, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% e ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 28'489.96. Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 42'793.92 (consid. 2.12.1) emerge un tasso d'invalidità del 33,4%, arrotondato al 33% 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. Ne consegue che l'assicurato ha diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° aprile 2007 (dopo un anno di attesa, ex art. 28 lett. b LAI) sino al 31 marzo 2008 come stabilito dall'amministrazione. Il diritto alla rendita intera rinasce tuttavia successivamente già a partire dal 1° settembre 2009 quando è intervenuto il peggioramento per ragioni psichiche, in quanto l'inabilità lavorativa in misura dell'80% nella sua professione, per motivi reumatologici, dura dall'agosto 2008. 2.13. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza (il ricorso va parzialmente accolto) e la necessità di ordinare una perizia giudiziaria, si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 1'000.-- in misura di fr. 800.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 200.-- a carico del ricorrente. L'Ufficio AI rifonderà inoltre al ricorrente fr. 2'500.-- a titolo di ripetibili.

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