

TI_GERICHTE 32.2011.64 vom 9. Februar 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-02-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.64

FR: TI_GERICHTE 32.2011.64 du 9 février 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.64 del 9 febbraio 2011

Regeste

Dopo valutazione SAM e perizia giudiziaria reumatologica l'assicurato è da ritenere inabile al 30% dal mese di gennaio 2010. Rettamente l'UAI ha soppresso le prestazioni dal 1° aprile 2010. AG accolta

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011 ; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2.2. La patrocinatrice dell'assicurato ha fatto valere una violazione del diritto di essere sentito in quanto l'amministrazione non avrebbe esaminato nessuna delle censure sollevate in sede di osservazioni, in particolare essa ha sostenuto che la " decisione impugnata né menziona né tantomeno discute le osservazioni presentate al progetto di decisione " (doc. I, punto 9.) Va ricordato che ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STF 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011 consid. 2; DTF 129 II 497 consid. 2.2 pag. 504 con riferimenti; 126 V 130 consid. 2b pag. 131 con riferimenti; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 15 consid. 2a/aa pag. 16; 124 V 180 consid. 1a pag. 181, 372 consid. 3b pag. 375 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). In una sentenza 9C_971/2010 del 26 luglio 2011 il Tribunale federale ha riconosciuto una grave violazione del diritto di essere sentito ed ha rilevato: " (...) 3.2 Nel caso di specie, salta effettivamente agli occhi come il progetto di decisione 16 giugno 2009 e la decisione 15

settembre 2009 siano gravemente carenti della necessaria motivazione. Per giustificare la riduzione della rendita, l'UAI si è limitato ad affermare che l'assicurata poteva svolgere un'attività confacente al suo stato di salute che le avrebbe permesso di realizzare più del 50% del guadagno conseguibile senza invalidità, rispettivamente che poteva svolgere le proprie mansioni consuete in misura superiore al 50%. Manca però del tutto, nel provvedimento, un calcolo che permetta di comprendere, anche solo sommariamente, i motivi che hanno portato l'amministrazione a tale risultato, anch'esso comunque assai approssimativo. Manca in particolare ogni indicazione relativa ai redditi di riferimento per questo (mancante) calcolo come pure a un'eventuale riduzione del reddito da invalida in ragione delle particolari circostanze personali e professionali del caso (DTF 126 V 75). In mancanza di una indicazione più precisa sulle attività confacenti allo stato di salute ragionevolmente esigibili e sul tasso di incapacità lavorativa residua, nemmeno è possibile, sulla sola base del progetto di decisione e della decisione, ricostruire (quantomeno) il reddito base da invalida utilizzato dall'amministrazione. Certo, l'assicurata avrebbe potuto apprendere gli elementi (medici ed economici) della valutazione se solo avesse avuto accesso all'incarto, in cui figurano i vari apprezzamenti medici e i rilevamenti economici decisivi per il calcolo dell'invalidità. Tuttavia, non risulta che l'assicurata, che peraltro non disponeva in sede amministrativa di un'assistenza legale e che non era tenuta a conoscere le varie tappe che precedono il rilascio di una decisione amministrativa, sia mai stata informata degli accertamenti (medici ed economici) messi in atto (sull'obbligo di informare le persone interessate sui nuovi atti raccolti e sui quali l'assicuratore intende fondare la propria decisione cfr. DTF 132 V 387 consid. 3.1 pag. 388). Né il progetto di decisione e la decisione amministrativa contengono il benché minimo accenno o rinvio a specifici rilevamenti agli atti che avrebbero potuto (o dovuto) indurre l'interessata a richiederne la consultazione. 3.3 In tali circostanze, si deve concludere che l'UAI è incorso in una grave violazione del diritto di essere sentito della ricorrente che non poteva essere sanata dall'autorità giudiziaria di primo grado, anche perché quest'ultima, nonostante esplicita eccezione, nemmeno si è chinata sulla censura. Ne discende che a prescindere dalle possibilità di successo nel merito - che non occorre esaminare in questa sede -, la pronuncia impugnata come pure la decisione amministrativa - all'origine del vizio - vanno annullate e la causa è retrocessa all'amministrazione affinché rimedi al vizio e renda un nuovo provvedimento." Nella presente fattispecie, conformemente a quanto sancito dall'art. 57a LAI, all'assicurato è stata data la possibilità di esprimersi sul progetto di decisione dell'UAI, ciò che la suo legale ha fatto con osservazioni del 14 settembre 2010 (doc. 139). Inoltre, contrariamente al caso appena esposto, le motivazioni dell' Ufficio AI, anche se obiettivamente non facilmente comprensibili ad una prima lettura per un profano - sia per la complessità della materia che, nel caso specifico, per alcune imprecisioni contenute nelle stesse di cui si dirà in seguito - appaiono nondimeno sufficientemente chiare ad una lettura più approfondita, soprattutto per chi, come il qui ricorrente, è patrocinato da un legale. Dalle stesse si comprende infatti che l'UAI ha ritenuto, sulla scorta della perizia affidata al SAM, che lo stato di salute del ricorrente sia migliorato e che lo stesso presenti a partire dal 1° gennaio 2010 una capacità lavorativa residua del 70%. L'amministrazione ha pure indicato i parametri utilizzati per fissare il reddito da valido e da invalido e il conseguente grado di invalidità. Del resto, l'insorgente, ha ancora potuto far valere le sue ragioni innanzi al TCA, che gode del pieno potere cognitivo, e al quale avrebbe potuto trasmettere ulteriore documentazione. Ne segue che un'eventuale violazione del diritto di essere sentito è stata comunque sanata in questa sede, dove l'insorgente ha nuovamente esposto e ribadito le sue

motivazioni (cfr. STF 9C_762/2009 del 12 maggio 2010, STF 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011 consid. 2 e la giurisprudenza ivi citata; DTF 133 I 201 consid. 2.2 pag. 204 e riferimenti) dinanzi ad un' autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, ciò che peraltro l' assicurato riconosce. Il TCA può quindi entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.3. Secondo l' art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s' intende l' incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell' invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all' assicurazione per l' invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L' art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Questa graduazione è stata ripresa all' art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell' art. 16 LPGA il grado d' invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l' assicurato conseguirebbe, dopo l' insorgenza dell' invalidità e dopo l' esecuzione di eventuali provvedimenti d' integrazione, nell' esercizio di un' attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d' invalidità dell' assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch' egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l' assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l' assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch' egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all' invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l' età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, *op. cit.*, p. 232). La misura dell' attività ragionevolmente esigibile dipende d' altra parte dalla situazione personale dell' assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell' assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell' incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell' (eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129

V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. 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.

2.5. 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). 2.6. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGa). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une

atteinte à la santé mentale importante. 2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre

que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." 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. 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° con riferimenti). 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 provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA 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 Schläuri [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). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il

ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." Sul tema confronta la sentenza 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale 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 TF, in una sentenza 9C_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in SVR 2011 IV Nr. 56, ha 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 Neurasthenie (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. (...)” In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.8. Nella decisione del 9 febbraio 2011, l'UAI ha attribuito all'assicurato una mezza rendita di invalidità dal 1° giugno 2009 fino al 31 marzo 2010 sulla base della valutazione medica del Dr. _____ del Servizio Medico Regionale (SMR) (doc. AI 72-1), sopprimendola poi a partire dal 1° aprile 2010, a seguito della perizia pluridisciplinare SAM. Il Dr. _____, spec. in medicina interna del SMR nel rapporto del 16 gennaio 2009 ha posto la diagnosi di “Lombalgia cronica su rottura dell'anulus fibrosus L2-L3 senza conflitto disco-radicolare e senza deficit sensitivo motorio. Cervicalgia cronica su spondilosi e artrosi uncovertebrale con possibile componente discale C5-C6. Obesità ” (doc. AI 72-3). Il medico del SMR ha quindi riconosciuto all'assicurato un'incapacità lavorativa del 100% dal 9 giugno 2008 e dal 16 gennaio 2009 una capacità lavorativa di 4 ore al giorno con pieno rendimento in attività medio-leggere rispettose dei suoi limiti funzionali (cfr. doc. AI 72-1). L'Ufficio AI ha poi affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr. _____), quella reumatologica (Dr. _____) e quella neurologica (Dr. _____). L'aspetto psichiatrico è stato valutato dal Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel referto peritale del 13 giugno 2010, dopo aver riassunto l'anamnesi e lo status psichico, ha posto la seguente diagnosi e valutazione (doc. AI 128-27). " (...) DIAGNOSI: Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4). Sindrome da somatizzazione (ICD 10 F

45.0). Sindrome d'ansia generalizzato con aspetti fobici (ICD 10 F41.1) . VALUTAZIONE: L'assicurato presenta una sindrome d'ansia generalizzata con una ideazione fobica e delle somatizzazioni varie (sensazione di nodo in gola, mancanza di fiato e colon spastico). Questa sintomatologia è la risultante di una risposta alla perdita del ruolo lavorativo e al progressivo peggioramento della sintomatologia algica lombare e cervicale. La sintomatologia algica ha potenziato un vissuto di perdita di controllo e sicurezza psicologica provocando poi l'insorgenza di una sintomatologia che, da un punto di vista clinico, per la sua importanza assume il valore di malattia invalidante. Alla luce della valutazione clinica attuale non è evidente una sintomatologia depressiva che compromette il tono dell'umore e pertanto non va riconosciuta dal punto di vista nosologico una sindrome depressiva. Per questo motivo non condivido il punto di vista della collega Dr.ssa _____, che ha posto come diagnosi sindrome depressiva persistente. CONCLUSIONE: 1. Diagnosi. Vedi sopra. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato. L'assicurato presenta una incapacità lavorativa nella misura del 30 % per ragioni psichiatriche 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista specialistico. Prognosi. Si potrebbe ipotizzare che l'assicurato abbia presentato un episodio di una certa gravità che nel corso del tempo è migliorato. Concordo quanto attestato dalla collega _____, nel riconoscere nell'assicurato una iniziale incapacità lavorativa nella misura del 100 % dal 10.10.2009. In seguito però ritengo che il quadro clinico sia migliorato in una maggiore misura rispetto a quanto attestato dalla Dr.ssa _____. Quindi in linea teorica egli ha presentato una incapacità lavorativa totale fino al 31.12.2009. Dal 01.01.2010 egli presenta una incapacità nella misura del 30 % come tuttora. Il quadro clinico che presenta l'assicurato è accentuato da una chiara tendenza alla pseudoregressione del comportamento e dell'affettività. La prognosi è stazionaria (...)" (doc. AI 128-30+31). L'aspetto reumatologico è invece stato approfondito dal Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, il quale nel referto peritale del 17 maggio 2010, dopo aver riassunto l'anamnesi reumatologica da terzi, esposto i dati soggettivi dell'assicurato e quelli oggettivi, ha indicato quanto segue: " (...) 4. Diagnosi reumatologiche: 4.1 Diagnosi reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa: Alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale e lombare 4.2 Diagnosi reumatologiche senza ripercussione sulla capacità lavorativa: Sindrome algica generalizzata aspecifica Decondizionamento e sbilancio muscolare Esiti da morbo di Scheuermann Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi, della lombare con scoliosi sinistroconvessa dorsale destroconvessa lombare) Obesità (peso 111,5 kg / statura 177,5 cm) 5. Valutazione e prognosi: (...) Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico, possiamo dunque porre le diagnosi di sindrome algica generalizzata aspecifica, decondizionamento e sbilancio muscolare, alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale e lombare, esiti da morbo di Scheuermann, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi della lombare con scoliosi sinistroconvessa dorsale destroconvessa lombare), obesità (peso 111,5 kg / statura 177,5 cm). A seguito delle alterazioni degenerative al rachide lombare, vi è una caricabilità diminuita dello stesso, per cui l'assicurato, in primo luogo, deve assolutamente correggere il suo sovrappeso corporeo, come già raccomandato dal reumatologo curante Dr. _____ nel 2004; parallelamente deve incrementare la sua resistenza agli sforzi fisici, sottoponendosi ad un riallenamento muscolare, rivolto a rafforzare il corsetto muscolare addominale e paravertebrale lombare. Per quanto riguarda la capacità funzionale

e di carico residua, l'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, molto spesso tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltre 25 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, di rado maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, di rado salire su scale a pioli. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100 % con un rendimento massimo del 100 %, a decorrere dal 6.6.2008, allorché terminava il suo lavoro di autista alle dipendenze della ditta _____, dovendosi anche occupare del carico e scarico eseguito con muletti e carrelli a mano, ditta dalla quale era poi stato licenziato per ristrutturazione aziendale il 30.9.2008. In qualità di autista, giudico l'assicurato abile al lavoro in misura del 100 % con un rendimento massimo del 100 %, sempre a decorrere dal 6.6.2008, premesso che le trasferte alla guida dell'automezzo siano corte, affinché l'assicurato abbia la possibile di alternare le posizioni corporee e che non debba partecipare al carico e scarico della merce." (doc. AI 128/38-41)

L'aspetto neurologico è stato invece analizzato dal Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel suo referto peritale del 31 maggio 2010, ha espresso le seguenti considerazioni: " (...) DIAGNOSI: - sindrome dolorosa panvertebrale in presenza di modiche alterazioni staticodegenerative sia a livello cervicale che lombo-sacrale, faccettopatie L3-L4 e rottura dell'anulo fibroso L2-L3, senza segni di sofferenza radicolare né midollare - meralgia parestetica sinistra su irritazione del nervo cutaneo laterale del femore, probabilmente compresso a livello della spina iliaca anterior superior, in Persona obesa (...) VALUTAZIONE: dal punto di vista neurologico presenza solamente di una sospetta sindrome di compressione del nervo cutaneo laterale del femore sinistro a livello della spina iliaca anterior superior, probabilmente in relazione con il ventre prominente e il porto di indumenti stretti (in particolare le mutande con un elastico molto stretto che passa proprio a livello delle spine iliache). Gli ho consigliato di evitare ulteriori pressioni locali e perdere peso. Altrimenti non ho messo in evidenza nessun altro deficit sensitivo-motorio, ipestesia dell'emicorpo sinistro, ben delimitata sulla linea mediana, con discrepanze, il tatto è perfettamente conservato, anche il senso termico è normale poiché riferisce sempre la sensazione all'inverso (abbastanza tipico dei disturbi funzionali). Ricordo inoltre che l'Assicurato, in questi ultimi tre anni, ha avuto due figli dalla moglie, per cui sicuramente non soffre di importanti cervicalgie né lombalgie, che normalmente limitano fortemente l'attività sessuale. In effetti nessuna sindrome lombo-vertebrale né cervico-vertebrale, nessun segno radicolare irritativo né tantomeno deficitario sia ai membri superiori che ai membri inferiori, nessun segno di sofferenza midollare cervicale. L'irritazione del nervo cutaneo laterale del femore non comporta al momento delle disestesie particolari, se dovesse diventare dolorosa eventualmente indicate delle infiltrazioni locali al di sotto della spina iliaca anterior superior sinistra. Il reperto non limita

quindi la capacità lavorativa. Dal punto di vista strettamente neurologico l'Assicurato non presenta un'incapacità lavorativa. Il problema è di competenza piuttosto reumatologica. I disturbi della sensibilità hanno un carattere nettamente funzionale, a parte il problema della coscia sinistra. Dal punto di vista strettamente neurologico non ho dunque motivo di invalidità lavorativa, apparentemente una malattia sistemica di tipo auto-immune non è presente, lascerei al Reumatologo di definire la sindrome dolorosa nettamente funzionale e non spiegabile con le moderate alterazioni statico-degenerative del rachide, sia a livello cervicale, che lombo-sacrale, senza evidenti conflitti radicolari né compressioni midollari. Anche dal punto di vista terapeutico l'Assicurato è già seguito sia dal profilo reumatologico che nel Centro della Terapia del Dolore, con probabilmente, dal mio punto di vista, un uso eccessivo di trattamenti anche invasivi, che eventualmente hanno contribuito alla cronicizzazione dei disturbi, in parte anche funzionali." (doc. AI 128/42-45) Globalmente quindi, nel rapporto peritale del 21 luglio 2010 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 somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4); sindrome da somatizzazione (ICD-10 F45.0); sindrome da ansia generalizzata con aspetti fobici (ICD-10 F41.1); alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale e lombare (constatate agli esami MRI del 2008)". I periti hanno invece posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di "disturbi statici rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi della lombare; con scoliosi sinistro convessa dorsale e destroconvessa lombare); progresso mordo di Scheuermann; decondizionamento e sbilancio muscolare; meralgia parestetica a sin., con/su -irritazione al nervo cutaneo laterale del femore (probabilmente compresso a livello della spina iliaca anteriore superiore); obesità con MBI 35,3 kg/m² ca.; ipertrigliceridemia; iperuricemia" (doc. AI 128-19) Quanto alla capacità medico-teorica globale attuale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro in misura del 70% come autista e in altre attività rispettose dei limiti funzionali a partire dal 1° gennaio 2010 (doc. AI 128-23+24+25).

2.9. In considerazione delle conclusioni del medico reumatologo Dr. _____, in parte contrastanti con quelle del medico del SMR Dr. _____, il TCA ha ritenuto indispensabile ai fini del giudizio fare capo ad un ulteriore perito. In data 25 novembre 2011 il Presidente del TCA ha ordinato una perizia medica a cura del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e reumatologia, il quale, in data 22 giugno 2012, ha trasmesso a questa Corte la perizia giudiziaria. Nel rapporto peritale del 22 giugno 2012 il Dr. _____, dopo aver illustrato l'anamnesi dell'assicurato, i dati soggettivi, le constatazioni oggettive ha esposto la propria valutazione e così risposto alle domande delle parti: "(...) A Proposti dalla parte convenuta 1. Quali patologie presenta l'assicurato L'assicurato presenza delle patologie a livello della colonna lombare e cervicale che sono riassunte sotto. 2. Quali sono le diagnosi che esercitano un influsso sulla capacità lavorativa? · Sindrome somatoforme da dolore persistente · Sindrome panvertebrale cronica su/con: o Nell'ambito della I diagnosi o Sovraccarico strutturale e insufficienza muscolare in rapporto al peso o Moderate alterazioni degenerative con protrusione discale L2/L3 con stato dopo rottura anulo fibroso e L3/L4 o Turbe statiche con emilombalizzazione di S1 o Stato dopo M. di Scheuermann o Lieve scoliosi sinistro destro convessa, dorso piatto · Obesità permagna 3. Il danno alla salute è tale da causare impedimenti nell'attività di aiuto gessatore? Autista magazziniere? Da quando? Come aiuto gessatore il paziente è da considerarsi inabile al lavoro già dal 1999 e tale inabilità è anche stata riconosciuta dall'AI del Canton _____ proponendo una riqualifica; come autista

magazziniere, premesso che l'attività non comporti il sollevare pesi superiori ai 10 kg, poter cambiare postura circa ogni 30 minuti, non vi sono limitazioni. 4. In caso affermativo quali sono tali impedimenti ed in quale percentuale incidono sulla capacità lavorativa in qualità di: aiuto gessatore? Autista/magazziniere? Come aiuto gessatore il paziente presenta attualmente delle alterazioni degenerative e delle turbe statiche che non permettono l'attività in modo definitivo dal 2010. Come autista magazziniere le alterazioni degenerative visibili e la situazione dal punto di vista reumatologico non incidono sulla capacità lavorativa. 5. Dal profilo medico, l'assicurato potrebbe essere reintegrato in altre attività adeguate al suo stato valetudinario? Se sì ad esempio in quali? In che misura? Con quali limitazioni? In qualsiasi attività leggera dove il paziente possa cambiare postura ogni 30/60 minuti, dove non debba sollevare in modo ripetuto pesi superiori ai 10 kg, dove non debba lavorare a lungo in anteflessione. 6. Come valuta il perito l'evoluzione dell'incapacità lavorativa (in%) nell'attività di: aiuto gessatore autista/magazziniere in altre attività adeguate allo stato di salute dal mese di giugno 2008 ad oggi? Come autista magazziniere il paziente non ha presentato periodi d'inabilità lavorativa prolungata teorica se si esclude un'inabilità di al massimo 6/9 mesi dopo il bloccaggio acuto avvenuto nel giugno 2008 e per il periodo di degenza alla Clinica di _____, in seguito capacità di lavorare al 100%. a. Alla luce degli atti di causa, dica il perito se egli concorda (per quanto riguarda la patologia di natura reumatologica) sia con la perizia 17.05.2010 realizzata dal dr. _____ sia con le conclusioni del SAM di Bellinzona (cfr. in modo particolare i punti 8 e 9 della perizia pluridisciplinare datata 21.07.2010) oppure no. Se sì perché? Se no, perché? Personalmente concordo completamente con la perizia del Dr. _____ del 17.05.10, sia per quanto concerne le diagnosi reumatologiche sia per quanto concerne le sue constatazioni e conclusioni, lo stesso per quanto concerne le conclusioni dal punto di vista reumatologico della perizia del SAM di _____. 7. Il danno alla salute è ancora suscettibile di miglioramento o di peggioramento? Dal punto di vista unicamente della sintomatologia è possibile un miglioramento con un chiaro calo ponderale e per chiaro intendo sotto i 90 kg di peso e non semplicemente la perdita di 10-15 kg, unito a un adattamento della terapia antalgica e una terapia decisamente più attiva. In questo modo dovrebbe così essere possibile ottenere un parziale miglioramento della dolenzia. Questo miglioramento non porterebbe però a un aumento della capacità lavorativa. 8. È possibile migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato tramite provvedimenti reintegrativi? Eventualmente con una patente per mezzi postali o bus cittadini. 9. Altre osservazioni? B Proposti dalla parte Ricorrente 1. Anamnesi completa Vedi punto 1. 2. Diagnosi completa · Sindrome somatoforme da dolore persistente · Sindrome panvertebrale cronica su/con: o Nell'ambito della I diagnosi o Sovraccarico strutturale e insufficienza muscolare in rapporto al peso o Moderate alterazioni degenerative con protrusione discale L2/L3 con stato dopo rottura anulo fibroso e L3/L4 o Turbe statiche con emilombalizzazione di S1 o Stato dopo M. di Scheuermann o Lieve scoliosi sinistro destro convessa, dorso piatto · Obesità permagna · Nefrolitiasi · Appendicectomia a 4 anni · Stato dopo unghia incarnata bilaterale e multipli interventi · Sindrome di ansia generalizzata con aspetti fobici. 3. Qual è la valutazione medico-teorica globale dalla capacità lavorativa? Dal profilo reumatologico? Nell'ambito di un'attività leggera dove il paziente possa cambiare postura ogni 30/60 minuti, dove non debba sollevare in modo ripetuti pesi superiori ai 10kg, dove non debba lavorare a lungo, per più di 15 minuti, in anteflessione o con movimenti ripetuti della colonna vertebrale, il paziente è abile al 100% dal punto di vista reumatologico. 4. Capacità di lavoro: a. In quali attività il peritando risulta impedito e in quale misura? Nelle attività pesanti dove

debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg, dove debba assumere posture monotone, il peritendo è limitato. b. Qual è la capacità al lavoro e i limiti funzionali nell'attività abituale (aiuto gessatore; autista di camion)? Come aiuto gessatore il paziente è inabile al 100%, come autista di camion è abile al 100%, premesso che siano rispettati i limiti sopra esposti. 5. In che misura la riduzione della capacità al lavoro è dovuta a motivi fisici? La riduzione della capacità lavorativa è dovuta a motivi fisici nell'ambito di attività pesanti, mentre in attività leggere il paziente è abile al 100%. 6. Qual è l'influenza della malattia psichica sulle problematiche reumatologiche e viceversa? Personalmente non credo che le problematiche reumatologiche abbiano un grosso influsso sulla malattia psichica, questa ha invece un grosso influsso su quelli che sono i dolori e la sensazione soggettiva di abilità del paziente. Le alterazioni degenerative visibili alle immagini radiologiche e l'esame clinico non spiegano la sintomatologia dolorosa accusata dal paziente che può essere unicamente spiegata psichicamente, d'altra parte questo è già stato accertato anche dal Dr. _____ con la diagnosi di sindrome somatoforme. 1. Quali sono le conseguenze sulla capacità di integrazione? La capacità d'integrazione per un'attività leggera non è limitata purché questa rispetti le limitazioni sopra descritte. 1. Rispetto all'attività di aiuto gessatore e autista di camion, sussiste la possibilità di ottenere un miglioramento della capacità lavorativa con il passaggio ad altre forme di attività? L'attività di aiuto gessatore, come d'altronde già fissato dall'AL di _____, è impossibile poiché troppo pesante, l'attività di camionista contiene per il momento importanti limitazioni come la durata, 30/60 minuti in posizione seduta dopo di che deve potersi alzare per 5 minuti, ed il sollevamento di pesi superiori ai 10 kg. Personalmente, non conoscendo i dettagli dello svolgimento del lavoro quale autista di camion per consegne a domicilio, non sono in grado di valutare se tali limitazioni sono mantenute e rispettate in tale attività. e. Se sì, quali sono le attività idonee? Dal punto di vista reumatologico posso immaginarmi sicuramente un'abilità - completa come autista di autobus, in particolare cittadini, o di autopostale, tutte attività, dove non si sollevano pesi e ci si ferma spesso, per questi lavori non esistono limitazioni. f. Quali sono i limiti funzionali in attività adeguata? In un'attività adeguata non esistono limiti funzionali. 9. In che misura la capacità al lavoro è ridotta sull'arco della giornata in che misura rispetto al rendimento? Nell'attività abituale (aiuto gessatore; autista di camion)/attività idonea Come gessatore il paziente è limitato al 100%, come autista di camion o attività idonea dove siano mantenute le limitazioni descritte sopra è abile al 100% senza diminuzione di rendimento. 10. Quali sono le prognosi, rispetto allo stato di salute e alle capacità al lavoro nell'attività abituale (aiuto gessatore; autista di camion)/ attività adeguata? La prognosi è quella per il momento di una stabilità della sintomatologia alla luce degli esami effettuati negli ultimi 4 anni, dal 2008 ad adesso. Come detto sopra, l'enorme adiposità del paziente è un fattore di rischio per lo sviluppo di una progressione di artrosi a livello degli arti inferiori e della colonna lombare; un netto peggioramento dell'artrosi potrebbe provocare un'ulteriore limitazione della capacità lavorativa. 11. Da quando sussiste inabilità? Come gessatore dal 2009, come autista di camion per trasporto a domicilio o su brevi tratti non sussiste. 12. Dopo il 09.06.2008 (rapporto servizio medico regionale, dr. _____ 16.01.2009) sono intervenuti dei cambiamenti? Se sì quali? Rispetto alla valutazione del Dr. _____ sono subentrati più che altro nuovi chiarimenti. Il Dr. _____ ha effettuato una perizia nel mese di gennaio del 2009 mentre poco dopo il paziente ha ancora avuto ulteriori chiarimenti con nuova RM che non ha mostrato nessuna progressione a livello della colonna lombare, una RM della colonna cervicale che ha mostrato unicamente delle minime alterazioni degenerative senza

ernie discali. Per completare la valutazione, il medico curante ha giustamente inviato il paziente presso un Neurologo, Dr. _____, che ha rivalutato tutta la situazione dolorosa a causa dell'emisindrome sx. Il dr. _____ non ha trovato danni neurologici che spieghino la sintomatologia dolorosa. Il Dr. _____ quindi non era a conoscenza di questi ulteriori chiarimenti necessari per la valutazione. La perizia dello stesso mi lascia un po' perplesso per quanto concerne le conclusioni, poiché non vi è nessuna discussione sulla qualità e gravità delle alterazioni degenerative, né un vero e proprio istoriato della situazione del paziente, personalmente quindi non riesco a vedere e a capire da dove partano le sue conclusioni. 13. Dopo il 16.02.2010 (rapporto Centro d'accertamento professionale, _____) sono intervenuti dei cambiamenti? Se sì quali? Non sono avvenuti particolari cambiamenti. Durante il periodo al Centro di Accertamento il paziente è stato seguito da degli orientatori professionali che hanno fatto le loro osservazioni sulla base delle attività che lo stesso eseguiva, finalizzate unicamente e giustamente alla ricerca di un'attività lavorativa idonea. Queste partono da una capacità lavorativa del 50%, poiché in possesso unicamente della valutazione del Dr. _____, senza quindi andare oltre nella valutazione delle capacità lavorativa. Anche qui abbiamo problemi a livello diagnostico poiché non a conoscenza di tutti gli esami, si parla di una sindrome cervicobrachiale con possibile origine radicolare C6/C7 a sx che è stata esclusa dalla RM e dal Dr. _____ e che è ancora contenuta nella valutazione; salta all'occhio soprattutto l'importante sindrome ansiosa che ha portato anche alla consultazione del medico il 21.01.10; si riferisce inoltre che il paziente non riesca a sollevare e spostare pesi fino a 5-6 kg senza particolari difficoltà, ciò conferma la limitazione a 10kg, da notare anche come durante tutto il periodo, il paziente sia anche riuscito ad ottenere un certo miglioramento delle sue capacità, a pag. 8 si stabilisce la funzionalità in un tempo ridotto a 10-15 minuti. In sostanza il rapporto è molto interessante, ma presenta dei chiari limiti, in primis a livello diagnostico, poiché non erano in possesso di tutti i documenti e referti necessari e in secondo luogo si può notare che l'osservazione è già partita con il presupposto dell'inabilità del 50%; si parla inoltre più volte di una mancanza di allenamento che è sicuramente possibile recuperare non essendo in presenza di un danno definitivo della salute. 14. Dopo maggio 2010 (perizia pluridisciplinare SAM in data 21.07.2010) sono intervenuti dei cambiamenti? Se sì quali? Personalmente non ho notato cambiamenti, il mio esame clinico è sovrapponibile a quello del Dr. _____ ed anche le indagini radiologiche effettuate il giorno della perizia sono sovrapponibili" (doc. XVIII) 2.10. 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 (cfr. RAMI 1991 pag. 311). 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; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza I 128/98 del 24 gennaio 2000, pubblicata in Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il Tribunale federale delle assicurazioni ha però ritenuto conforme al principio

del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009). In caso di perizia medico giudiziaria, il giudice - di principio - non si scosta, senza ragioni imperative dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (cfr. STF 8C_524/2008 del 2 aprile 2009 e STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa pag. 352 e sentenze ivi citate; 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). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: " Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen "). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni specialisti o a servizi specializzati indipendenti, 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; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière

générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) 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). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...) " L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) " Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STF I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002 consid. 3.3). Non si può tuttavia pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze precisando qual è l'opinione più

adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b; STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.11. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM e, per gli aspetti reumatologici, quella giudiziaria del Dr. _____, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. 2.11.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurato è stato sottoposto presso il SAM ad un accurato esame peritale da parte del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel suo rapporto del 13 giugno 2010 ha diagnosticato una " sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4); sindrome da somatizzazione (ICD 10 F 45.0); sindrome d'ansia generalizzata con aspetti fobici ". Secondo il perito dal 10 ottobre 2009 al 31 dicembre 2009 l'assicurato ha presentato una incapacità lavorativa del 100% mentre dal 1° gennaio 2010, a seguito di un miglioramento del quadro clinico, egli presenta un'incapacità lavorativa in misura del 30% (doc. AI 128-30/31). Lo specialista ha preso espressamente posizione sulla diagnosi di sindrome depressiva persistente formulata dalla Dr.ssa _____ (doc. AI 128 48/53) - a cui fa riferimento il legale nel suo allegato ricorsuale (doc. I, punto 13) - discostandosene e spiegando in modo completo e convincente le motivazioni della sua diversa valutazione sia per quel che concerne la diagnosi che per le conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa dell'interessato (cfr. doc. AI 128-31). Nel suo referto il perito ha escluso la sussistenza, al momento dell'esame specialistico, di una sindrome depressiva. Per quel che attiene il quadro clinico dell'assicurato egli ha riconosciuto un miglioramento maggiore

rispetto a quanto attestato dalla curante. Allo stato attuale, la diversa valutazione dei due medici in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato è comunque minima (30% di incapacità lavorativa per il perito contro un 40% per il medico curante). La valutazione effettuata dal Dr. _____ - seppur limitata ad un singolo incontro - appare più minuziosa ed esaustiva di quella espressa dalla collega Dr.ssa _____ nei certificati agli atti (cfr. certificati doc. AI 128-48/53). Al riguardo è utile ricordare che il Dr. _____, nella sua veste di perito, ha avuto a disposizione l'intero incarto AI, ciò che non era il caso per la collega. Il TCA non ha dunque motivo per scostarsi dall'approfondita e dettagliata valutazione peritale del Dr. _____, anche in considerazione del fatto che la costante giurisprudenza federale impone di tenere conto della differenza tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012 consid. 6.2. e sentenze citate). 2.11.2. Per quel che concerne l'aspetto neurologico l'assicurato è stato sottoposto presso il SAM ad un approfondito esame da parte del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel suo referto del 31 maggio 2010, ha posto la diagnosi di "sindrome dolorosa panvertebrale in presenza di modiche alterazioni statico- degenerative sia a livello cervicale che lombo-sacrale, faccettopatie L3-L4 e rottura dell'anulo fibroso L2-L3, senza segni di sofferenza radicolare né midollare; meralgia parestetica sinistra su irritazione del nervo cutaneo laterale del femore, probabilmente compresso a livello della spina iliaca anterior superior, in Persona obesa" (doc. AI 128-42). Lo specialista ha precisato che dal punto di vista neurologico l'assicurato è totalmente abile al lavoro (doc. AI 128-45). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. 2.11.3. Per quanto riguarda infine la patologia reumatologica, l'assicurato è stato sottoposto presso il SAM ad un accurato esame da parte del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, il quale nella perizia del 17 maggio 2010, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di "alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale e lombare", mentre quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa quella di "sindrome algica generalizzata aspecifica; decondizionamento e sbilancio muscolare; esiti da morbo di Scheuermann; disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi, della lombare con scoliosi sinistroconvessa dorsale destroconvessa lombare); obesità (peso 111,5 kg / statura 177,5 cm)" (doc. AI 128-38). Secondo il Dr. _____, in attività adeguate, l'assicurato è abile al lavoro in misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a decorrere dal 6 giugno 2008. In qualità di autista egli è stato valutato abile al lavoro in misura del 100% con un rendimento massimo del 100% sempre a decorrere dal 6 giugno 2008, premesso che le trasferte alla guida dell'automezzo siano corte, affinché l'assicurato abbia la possibilità di alternare le posizioni corporee e che non debba partecipare al carico e scarico della merce (doc. AI 128-40/41). Anche in questo caso il TCA non ha motivo per discostarsi dall'approfondita e dettagliata valutazione peritale del Dr. _____, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. La valutazione del Dr. _____ viene corroborata dalle conclusioni della perizia giudiziaria del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e reumatologia, il quale nel rapporto del 22 giugno 2012 ha posto una diagnosi sostanzialmente sovrapponibile a quella del Dr. _____ indicando una "Sindrome somatoforme da dolore persistente. - Sindrome panvertebrale cronica su/con: ■ Nell'ambito della I diagnosi; ■ Sovraccarico strutturale e insufficienza muscolare in rapporto al peso; ■

Moderate alterazioni degenerative con protrusione discale L2/L3 con stato dopo rottura anulo fibroso e L3/L4; ■ Turbe statiche con emilombalizzazione di S1; ■ Stato dopo M. di Scheuermann; ■ Lieve scoliosi sinistro destro convessa, dorso piatto. - Obesità permagna. – Nefrolitiasi. - Appendicectomia a 4 anni. - Stato dopo unghia incarnata bilaterale e multipli interventi - Sindrome di ansia generalizzata con aspetti fobici .” (doc. XVIII, pag. 11). Il perito ha quindi indicato che vi è inabilità lavorativa nell’ambito di un’attività pesante come gessatore, mentre come autista magazziniere non vi sono limitazioni se l’attività non comporta il sollevare pesi superiori ai 10kg e l’assicurato può cambiare postura circa ogni 30 minuti. In un’attività leggera, dove il paziente può cambiare postura ogni 30/60 minuti, dove non deve sollevare in modo ripetuto pesi superiori ai 10 kg e lavorare a lungo, per più di 15 minuti, in anteflessione o con movimenti ripetuti della colonna vertebrale, l’abilità è anche del 100% (doc. XVIII, pag. 15). Il Dr. _____ ha indicato di concordare completamente con la perizia del Dr. _____, sia dal punto di vista delle diagnosi reumatologiche sia per quanto concerne le sue constatazioni e conclusioni (doc. XVIII, pag. 14).

2.11.4 La patrocinatrice dell’assicurato ha sollevato delle critiche sulla perizia del Dr. _____, in particolare per quanto riguarda la sindrome somatoforme, di cui non sarebbero stati esaminati i criteri di Förster, e le differenze di diagnosi rispetto ad altri accertamenti. Il legale ha quindi ritenuto contraddittoria la perizia giudiziaria riguardo ai limiti funzionali (doc. XXI). Nelle annotazioni dell’11 settembre 2012 il medico del SMR, Dr. _____, ha così risposto: “(...) - non sono valutati i criteri di Förster : faccio notare che l’assicurato era stato sottoposto a perizia SAM nella quale è stato possibile escludere una comorbidità psichiatrica di rilievo; inoltre non si riscontra un ritiro sociale in tutti i campi della vita essendo l’assicurato ben inserito in un contesto familiare, non è presente un decorso psichico cristallizzato, non sono esaurite tutte le ritorsioni terapeutiche (vedi pagina 12 della perizia), non si è in presenza di un decorso pluriennale negativo. - non viene più menzionata la diagnosi di poliartropatia degenerativa a carico delle caviglie, delle strutture tarsali, delle ginocchia, della cerniera lombosacrale : in questo caso si trattava di referto scintigrafico aspecifico del 17.2.2012. Queste alterazioni di tipo degenerativo sono normali per l’età (vedi anche nota del dr. _____ a pagina 2 del rapporto citato del 12.5.2012: "il quarto poliartrosico consone all’età". Faccio pure notare che in occasione della perizia l’assicurato presentava a livello delle ginocchia e delle caviglie una mobilità articolare normale senza segni per sinovite con deambulazione fisiologica, fluida compresa la deambulazione sulle dita dei piedi e sul tallone - l’avvocato critica la nozione di stato dopo Morbo di Scheuermann : il morbo di Scheuermann è una osteocondrosi giovanile che può portare in seguito ad una crescita differente tra il lato ventrale ed il lato dorsale della vertebra ad una ipercifosi della colonna dorsale, alterazioni radiologiche che si stabilizzano a fine del periodo di crescita. Nel presente caso non si trova una deformazione del corpo vertebrale o una cifosi ma unicamente si riscontrano dei noduli di Schmorl e livello della superficie vertebrale quali segni radiologici per un morbo di Scheuermann attivo nell’adolescenza. Questo processo è stabile, risulta quindi corretto parlare d’uno stato dopo morbo di Scheuermann, osteocondrosi attiva nell’adolescenza che ha portato alle alterazioni vertebrali visibili alle radiografie. L’avvocato ritiene la perizia contraddittoria dato che il perito ritiene adatta un’attività tipo autista di piccoli mezzi, attività che sarebbe in netto contrasto con i limiti funzionali esposte. Personalmente non ritengo i limiti funzionali non compatibili con l’attività di autista con mansioni leggere. Non ritengo che le strade siano così dissestate da portare a continui sussulti. Da notare però che nella valutazione della CL residua non è stata presa in considerazione l’attività di autista ma è stata presa in

considerazione una attività leggera dove l'assicurato possa cambiare postura ogni 30/60 minuti, dove non debba sollevare in modo ripetuto pesi superiori ai 10 kg, dove non debba lavorare a lungo in ante flessione come indicato nella perizia al punto 5. Per quanto concerne la guida di veicoli sotto trattamento con oppioidi rimando all'articolo allegato nel quale si ritiene che un guidatore di mezzi in trattamento cronico non abbia un rischio accresciuto per incidenti." (doc. XXVII/1). Il TCA non condivide le critiche del ricorrente alla perizia del Dr. Masina. Per quel concerne i limiti funzionali dell'assicurato - ritenuti contraddittori dal legale dell'assicurato con le attività lavorative descritte - il medico del SMR, Dr. Erba, ha evidenziato che nella propria valutazione il perito non ha preso in considerazione l'attività di autista, ma ha giustamente fatto riferimento a tutto il mercato del lavoro indicando un'" attività leggera dove l'assicurato possa cambiare postura ogni 30/60 minuti, dove non debba sollevare in modo ripetuto pesi superiori ai 10 kg, dove non debba lavorare a lungo in ante flessione " (cfr. doc. XVIII, pag.15, doc. XXVII1). In merito alla presunta incompletezza della perizia del Dr. Masina in relazione alla sindrome somatoforme da dolore persistente e i criteri di Förster, il TCA rileva innanzitutto che è compito del perito psichiatra valutare questa patologia - rientrante nella categoria delle affezioni psichiche - e non del reumatologo (cfr. STF I 1093/2006 del 3 dicembre 2006). Inoltre, nella fattispecie, i criteri fissati dalla giurisprudenza federale per ammettere che un disturbo del dolore somatoforme abbia carattere invalidante non sono nella fattispecie adempiuti (cfr. consid. 2.7.). Come rileva infatti il Dr. Erba, nella perizia SAM del 13 giugno 2010, il Dr. Jaime esclude una comorbidità psichiatrica di rilievo: " non è evidente una sintomatologia depressiva che compromette il tono dell'umore e pertanto non va riconosciuta dal punto di vista nosologico una sindrome depressiva" (cfr. doc. AI 128-30) e pure gli altri criteri non sono adempiuti, ovvero non si riscontra un ritiro sociale, non vi è un decorso psichico cristallizzato, non sono esaurite tutte le risorse terapeutiche e non si è in presenza di un decorso pluriennale negativo (cfr. annotazioni Dr. Erba, doc. XXVIII e perizia SAM). Il TCA non ha dunque motivo per scostarsi dalla perizia giudiziaria del Dr. Masina (cfr. consid. 2.10. sul valore probatorio della perizia giudiziaria). Lo specialista si è infatti espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato e valutato l'abilità lavorativa del paziente sulla base della documentazione messaggi a disposizione, dei dati anamnestici, dell'esame clinico, delle indagini radiologiche e della visita effettuata il 4 aprile 2012. Il referto è completo, esaustivo, non evidenzia contraddizioni e conferma le conclusioni del perito amministrativo Dr. _____. 2.11.5. Globalmente, dopo approfondita discussione tra i medici periti del SAM, questi hanno ritenuto l'assicurato totalmente incapace al lavoro dal 10 ottobre 2009 al 31 dicembre 2009 per la problematica psichica. Successivamente è subentrato un miglioramento e a partire dal 1° gennaio 2010 egli è valutato abile al lavoro al 70% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) in qualsiasi tipo di attività. Per il periodo antecedente i periti del SAM hanno rinviato alle considerazioni contenute nel rapporto 16 gennaio 2009 del Dr. _____, medico SMR, il quale ha riconosciuto all'assicurato un'incapacità lavorativa del 100% dal 9 giugno 2008 e dal 16 gennaio 2009 una capacità lavorativa di 4 ore al giorno con pieno rendimento in attività medio-leggere rispettose dei suoi limiti funzionali (cfr. doc. 72). In sede di osservazioni del 24 agosto 2012 l'UAI ha confermato le conclusioni sia della perizia SAM che di quella del Dr. _____ con una capacità lavorativa globale del 70% dal mese di gennaio 2010 (doc. XXV). Per il periodo antecedente viene quindi fatto ancora riferimento alla valutazione del Dr. _____ del 16 gennaio 2009 (doc. 72-1). Il TCA concorda con le valutazioni espresse dagli specialisti, in particolare risulta accertato un miglioramento del

quadro clinico a partire dal gennaio 2010. Nella sentenza 9C_330/2012 del 7 settembre 2012 l'Alta Corte ha peraltro ribadito che una valutazione medica, scaturita dopo ponderata discussione collegiale fra tutti gli esperti interessati, di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice, tanto meno in assenza di convincente smentita specialistica. Il ricorrente non ha prodotto nella fattispecie alcun certificato medico specialistico atto a contraddire le valutazioni dei medici SAM. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). 2.11.6. La patrocinatrice dell'assicurato rimprovera ai medici del SAM di non aver tenuto conto nelle proprie valutazioni del rapporto di accertamento professionale CAP del 16 febbraio 2010 (doc. AI 111), il quale attesterebbe un'incapacità lavorativa del 50%. Secondo il ricorrente questo rapporto godrebbe di un peso accresciuto in quanto redatto dopo un'osservazione durata alcune settimane (doc. I). La censura non può essere condivisa dalla Corte. A tale riguardo è utile precisare innanzitutto che, sebbene i periti non abbiano preso espressamente posizione sul rapporto CAP del 16 febbraio 2010, il contenuto dello stesso era loro noto ed è stato considerato ai fini della valutazione peritale, tant'è che lo stesso viene menzionato, per quanto in forma riassunta, nella lista degli atti consultati dagli esperti (cfr. doc. AI 128-7 in fine). Il TCA ricorda inoltre che lo scopo dell'accertamento professionale non è quello di fornire una valutazione medico-teorica dei suoi ospiti quanto quella di procedere a una valutazione della loro capacità lavorativa in vista di una riqualifica o un reinserimento professionale. Si tratta quindi di un esame di natura più pratica e concreta. Si rinvia a tal proposito alla sentenza dell'Alta Corte 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011, nella quale si ribadisce che spetta essenzialmente al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Di fatto, per l'aspetto medico, il rapporto CAP, malgrado sia firmato anche dal Dr. _____, si rifà sostanzialmente a quanto esposto nel rapporto SMR del 16 gennaio 2009 del Dr. _____, senza sviluppare considerazioni proprie. Gli accertamenti CAP sono stati effettuati dando per acquisiti i dati contenuti nello stesso - rivelatisi però, alla luce delle considerazioni espresse nella perizia pluridisciplinare, in parte superati e non più corrispondenti al reale stato clinico dell'assicurato - con la conseguenza che il loro esito ne è rimasto inevitabilmente influenzato. L'esame effettuato dai medici SAM oltre ad essere posteriore è per sua natura più approfondito. Nel caso concreto esso è stato redatto sulla base delle valutazioni di ben tre medici specialisti: il Dr. _____, il Dr. _____ e il Dr. _____. Lo stesso non può essere detto per il rapporto CAP tra i cui redattori figura unicamente un medico generico, il Dr. _____. Al momento della stesura del rapporto peritale gli esperti disponevano inoltre dell'incarto UAI completo. Senza voler misconoscere il valore del rapporto CAP esso non può essere considerato preminente rispetto al rapporto redatto dai medici specialisti del SAM. Il perito Dr. _____ ha preso posizione a questo proposito evidenziando che durante il periodo al Centro di Accertamento il paziente è stato seguito da orientatori professionali che hanno fatto le loro osservazioni “ sulla base delle attività che lo

stesso eseguiva, finalizzate unicamente e giustamente alla ricerca di un'attività lavorativa idonea. Queste partono da una capacità lavorativa del 50%, poiché in possesso unicamente della valutazione del Dr. _____, senza quindi andare oltre nella valutazione delle capacità lavorativa ” (doc. XVIII, pag. 17) Secondo il Dr. _____ il rapporto del Centro d'accertamento professionale presenta dei chiari limiti a livello diagnostico, in quanto chi ha steso la perizia non era in possesso di tutti i documenti e referti necessari e l'osservazione dell'assicurato “ era già partita con il presupposto dell'inabilità del 50% ” (doc. XVIII, pag. 18). In conclusione, alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del SAM e di quella del Dr. _____, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del handicap economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im Schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato dal mese di gennaio 2010 è inabile al lavoro nella misura del 30% sia nella sua ultima attività di autista che in attività adeguate e rispettose dei suoi limiti funzionali. 2.12. Sul mercato del lavoro esistono pertanto delle occupazioni che l'interessato, malgrado il danno alla salute, sarebbe in grado di esercitare al 70%. Per costante giurisprudenza la questione relativa all'attività professionale concretamente realizzabile è di competenza del consulente in integrazione professionale (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 citata al consid. 2.7.). Ora, nel caso concreto, il consulente IP, nel rapporto del 5 agosto 2010, ha indicato quali attività esigibili quella di autista per una ditta in cui il carico e scarico sia per merce medio-leggera (max. 10 chili) e in cui gli spostamenti siano piuttosto limitati in modo da poter cambiare postura durante il lavoro. Una occupazione quale autista di mezzi pesanti non è considerata esigibile, lo è invece quella di conducente di automezzi per articoli medio- leggeri quali per esempio per fioristi o per panettieri/pasticceri. Per quanto riguarda professioni semplici ed adeguate che rispettano i limiti funzionali, il consulente IP ha menzionato quella di venditore senza attestato federale di capacità di merce medio-leggera, ad esempio in una ditta di telefonia, o quella di rappresentante. Vista la grande capacità di comunicare dell'assicurato è ipotizzabile anche un'attività quale consulente assicurativo (doc. AI 130-4). Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che, come indicato dall'amministrazione, all'assicurato può essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. È poi utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione

rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. DTF 119 V 347; VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). Il Tribunale federale ha nuovamente avuto occasione di richiamare la sua giurisprudenza nella STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008, con la quale ha confermato la STCA 35.2007.42 del 21 giugno 2007, osservando: " 8.2 Come rettamente rilevato dal Presidente del Tribunale cantonale, tuttavia, la questione se la capacità lavorativa in posizione prevalentemente eretta risulta effettivamente ridotta non va risolta in questa sede. In effetti in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4, tabella TA1) - un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurato (v. per analogia la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 324/00 del 5 giugno 2001, consid. 2b) - la Corte ha già ripetutamente statuito, in casi con limitazioni funzionali analoghe, che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda anche la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7)." Alla luce di quanto precede, il TCA ritiene che la valutazione operata dal consulente IP e ripresa nel provvedimento contestato sia corretta. 2.13. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso concreto l'assicurato contesta sia la valutazione economica effettuata per il periodo dal 16 gennaio 2009 al 31 dicembre 2009 sia quella per il periodo dal 1. gennaio 2010 in poi (doc. I). Questo Tribunale è pertanto chiamato a verificare entrambe le fattispecie. Nel primo caso sono determinanti i dati del 2009 mentre che per il secondo periodo quelli del 2010, così come correttamente indicato dall'Ufficio AI nella sua risposta del 22 marzo 2011 (doc. IV).

2.13.1. 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. Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche STFA inedita del 30 dicembre 2002 nella causa B., I 56/02). Nella fattispecie in esame l'UAI ha indicato quale reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire da sano l'importo di fr. 55'250.- corrispondente a quanto egli aveva guadagnato come autista-magazziniere presso l'ultimo datore di lavoro, ditta _____ SA, e aggiornando tale dato al 2009 (cfr. doc. AI 148-2). Nel suo allegato ricorsuale la rappresentante del ricorrente ha contestato questa valutazione ed ha rilevato che, prima della riqualifica professionale effettuata nel Canton Nidwaldo a seguito di dolori alla schiena, il suo assistito lavorava quale aiuto gessatore. L'UAI ha accolto queste obiezioni e nella sua risposta del 22 marzo 2011 (doc. IV) ha corretto predetto importo in fr. 63'505.- (per il 2009) e in fr. 64'077 (per il 2010), prendendo quale base di calcolo lo stipendio che l'assicurato avrebbe percepito quale aiuto gessatore presso la Ditta _____ AG di _____ (al momento ancora attiva) ed aggiornandolo al 2009, rispettivamente al 2010 (dato teorico utilizzato dall'UAI: + 0,9 % per il 2010; cfr. doc. IV - 4; doc. AI 144). Il TCA condivide questa nuova valutazione. Senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe infatti verosimilmente continuato a svolgere l'attività di aiuto gessatore. Il reddito da valido va pertanto fissato con riferimento a tale settore di attività. Essendo nel frattempo stato determinato in maniera definitiva l'indice dei salari nominali per l'anno 2010, dato di cui non disponeva ancora l'UAI al momento del suo calcolo, detto importo va leggermente ridotto e fissato in fr. 64'013.- (+ 0.8% per il 2010; cfr. tabella relativa all'evoluzione dei salari nominali, pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica). 2.13.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che, conformemente alla giurisprudenza federale, ribadita in una sentenza 8C_290/2007 del 7 luglio 2008, esso 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). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS; DTF 126 V 75 consid. 3b pag. 76 con riferimenti). Nel caso di un invalido che, dopo l'insorgenza del danno alla salute, può compiere solo lavori leggeri e non impegnativi dal punto di vista intellettuale, il relativo reddito è di principio determinato in base alla media del salario lordo (valore totale) conseguibile per attività semplici e ripetitive (livello di esigenza 4 sul posto di lavoro) nel settore privato in conformità alle tabelle A dell'ISS (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 240/99 del 7 agosto 2001, consid. 3c/cc, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 pag. 347; cfr. pure DTF 129 V 472 consid. 4.2.1. pag. 476 con riferimento). A questo riguardo giova rilevare che la più recente giurisprudenza non ammette più la possibilità di fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13, il reddito ipotetico da invalido dovendo invece essere stabilito sulla base della tabella TA1 dell'ISS (cfr. SVR 2007 UV no. 17 pag. 56 (U 75/03)). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in

lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009 (nдр: cfr. DTF 135 V 297), il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'806.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2009, 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). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali ("Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2009 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 5-2011, p. 91), un reddito annuo di fr. 61'238.44 e per il 2010 di fr. 61'728.35 (correzione del dato

utilizzato dall'UAI in base all'indice nominale definitivo per il 2010: + 0.8; cfr. tabella relativa all'evoluzione dei salari nominali, pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica). Per quanto attiene la determinazione del reddito da invalido questo Tribunale condivide quanto indicato dall'UAI nella sua risposta del 22 marzo 2011 (doc. IV pag. 5) e ripreso qui sopra; errata è per contro l'indicazione fornita in precedenza dall'amministrazione che fa riferimento alla categoria 52.4 "commercio al dettaglio e riparazioni" (cfr. anche doc. AI 168-1). Ritenuto che il reddito da valido è stato fissato considerando lo stipendio percepito dall'assicurato nel Canton _____ (consid. 2.13.1.), cantone in cui gli stipendi si situano - di regola - nella media salariale nazionale, affrontare la questione del gap salariale parrebbe, nel caso concreto, superfluo. Questo Tribunale si è nondimeno chinato sul problema ed ha constatato che l'assicurato quale aiuto gessatore avrebbe guadagnato nel 2009 fr. 63'505 e nel 2010 fr. 64'013.- / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. 2.13.1.). Tale reddito si situa leggermente al di sotto di quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore costruzioni, settore questo che più si avvicina all'attività svolta dal ricorrente (cioè fr. 65'621.70 per il 2009 e fr. 66'146.- per il 2010; cfr. Tabella TA1 p.to 45 "costruzioni", livello di qualifica 4, fr. 5150.- x 12 = riportato su 41.6 ore = fr. 64'272.- e aggiornato al 2009, rispettivamente al 2010). Nel caso in esame, in considerazione di una differenza del 3,2%, non sono realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009. Come visto in precedenza, da un punto di vista medico, per il periodo dal 16 gennaio 2009 alla fine del 2009 (riservato, come visto più sopra, il periodo 10 ottobre – 31 dicembre; cfr. consid. 2.11.5.) l'assicurato può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute in ragione del 50%, motivo per cui il reddito statistico citato qui sopra per il 2009 va dimezzato ed equivale a fr. 30'619.22 annui. A seguito dell'accertato miglioramento dello stato clinico, a partire dal 1° gennaio 2010 l'assicurato può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute in misura del 70%. Il reddito statistico citato per il 2010 va ridotto del 30% ed ammonta pertanto a fr. 43'209.85 annui 2.13.3. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). 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.) 2.13.4. In concreto, nello scritto intitolato "risposta alle osservazioni" del 28 ottobre 2010 (doc. AI 144-1), che modifica in parte quanto indicato nel rapporto finale del 5 agosto 2010 (doc. AI 130-1), il consulente IP dopo aver elencato e analizzato tutte le possibili riduzioni che

potrebbero entrare in considerazione (attività leggera, età e anni di servizio, limitazioni funzionali, nazionalità e permesso di soggiorno, tasso di occupazione cfr. doc. AI 145-1/6) ha applicato per il periodo dal 16 gennaio al 31 dicembre 2009 una riduzione del 5% per attività leggere e del 8% per attività a tempo parziale mentre che dal 1° gennaio 2010 in poi ha riconosciuto unicamente una riduzione del 5% per attività leggere. La patrocinatrice di RI 1 ha valutato come assolutamente insufficiente le riduzioni applicate, senza però motivare compiutamente le sue affermazioni (doc. I pagg. 11 e 12). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81)." Nella presente fattispecie questo Tribunale ritiene più corretto - in applicazione della giurisprudenza indicata al consid. 2.13.3. - applicare una riduzione del 10% per attività a tempo parziale, al quale va poi aggiunto il 5% per attività leggere, per una riduzione complessiva del 15% per il periodo dal 16 gennaio al 31 dicembre 2009. Per contro, la percentuale del 5% per il periodo posteriore al 1° gennaio 2010 stabilita dal consulente IP può essere confermata dal TCA. La riduzione per l'attività a tempo parziale non è più stata giustamente riconosciuta in quanto l'assicurato è valutato abile al lavoro al 70% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto). Vedi a questo proposito la sentenza dell'Alta Corte I 69/07 del 2 novembre 2007, sul tema cfr. pure STCA 32.2008.8 dell'11 marzo 2009). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2009 per il periodo 16 gennaio - 31 dicembre 2009, partendo da un salario di invalido di fr. 61'238.44, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% e ammettendo la riduzione del 15%, il reddito ipotetico dell'insorgente assomma a fr. 26'026.33. Confrontando ora questo dato con l'importo di fr. 63'505.- corrispondente al reddito che l'insorgente avrebbe conseguito da valido nel medesimo anno (cfr. consid. 2.13.1.) emerge un tasso di invalidità pari al 59%, percentuale che da diritto ad una mezza rendita d'invalidità, come correttamente stabilito dall'UAI. Per quel che concerne invece il periodo dal 1° gennaio 2010 in poi, con riferimento ai dati del 2010, partendo da un salario di invalido di fr. 61'728.35, ritenuta una esigibilità del 70% e ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente assomma a fr. 41'049.35. Confrontando ora questo dato con l'importo di fr. 64'013.- corrispondente al reddito che l'insorgente avrebbe conseguito da valido nel medesimo anno (cfr. consid. 2.13.1.) emerge un tasso di invalidità pari al 35,87%, arrotondato al 36% 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 invalidità, come correttamente accertato dall'amministrazione. L'UAI ha pertanto

giustamente soppresso le prestazioni a partire dal 1° aprile 2010, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. STF 9C- 971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1). La decisione impugnata va pertanto confermata e il ricorso respinto. 2.14. 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, le spese per complessivi fr. 1'000.--, vista la necessità di ordinare una perizia giudiziaria, andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.15.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: " (...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)” 2.15. In data 6 giugno 2012 il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. XVII). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e

spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalle carte processuali risulta che il ricorrente, coniugato con _____, dipendente presso _____, dispone, quali entrate, del solo stipendio della moglie di fr. 5'153.85 lordi (doc. XVII) Il reddito della famiglia dell'assicurato, composta da lui, dalla moglie e dai tre figli (_____ del 2000, _____ del 2008 e _____ del 2009) ammonta dunque a fr. 5'153.85. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurato deve essere applicato l'importo base mensile per coniugi pari a fr. 1'700.--, più fr. 600.-- per il figlio _____, fr. 400.-- per la figlia _____ e fr. 400.-- per la figlia _____, stabiliti per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento, quale Autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questi importi comprendono già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in BISchK 2001, p. 19). Al minimo esecutivo va aggiunto un supplemento al massimo del 15-25%, secondo la giurisprudenza citata. In casu, aggiungendo all'importo di base di fr. 3'100.-- il supplemento del 15%, i premi dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie e la pigione dell'appartamento a _____ di fr. 2'000.-- si supera già abbondantemente l'importo delle entrate (doc. XVII). RI 1 deve quindi essere considerato indigente. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPG; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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