

## **TI\_GERICHTE 32.2012.241 vom 23. August 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-08-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.241](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.241)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.241 du 23 août 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.241 del 23 agosto 2012

### **Regeste**

Nuova domanda di prestazioni. Viste le risultanze della perizia pluridisciplinare SAM, a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita. Anno di carenza per il periodo di IL totale transitoria di 6 mesi per nuova patologia

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.05.2013 32.2012.241 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.05.2013 32.2012.241 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.05.2013 32.2012.241

Nuova domanda di prestazioni. Viste le risultanze della perizia pluridisciplinare SAM, a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita. Anno di carenza per il periodo di IL totale transitoria di 6 mesi per nuova patologia

Raccomandata Incarto n. 32.2012.241 FS /sc Lugano 14 maggio 2013 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 21 settembre 2012 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 23 agosto 2012 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. RI 1, classe 1965, da ultimo attivo quale suonatore ambulante indipendente, nel mese di aprile 2006 ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI per adulti domandando di essere posto al beneficio di una rendita (doc. AI 1/1-8). Con decisione 12 marzo 2007, preavvisata con progetto 1. febbraio 2007 (doc. AI 19/1-2), l'Ufficio AI – sulla base della perizia pluridisciplinare del SAM del 29 dicembre 2006 (doc. AI 16/1-19), del rapporto e dell'annotazione 26 gennaio e 2 marzo 2007 dei medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 18/1-3 e 22/1) e ritenuto che in un'attività adeguata potrebbe conseguire un salario annuo almeno pari a quello conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute – ha negato all'assicurato il diritto a una rendita (doc. AI 23/1-4). In esito al ricorso del 3 aprile 2007, inoltrato personalmente dall'assicurato, contro la decisione del 12 marzo 2007 (doc. AI 25/3-4), questo Tribunale, con STCA del 5 ottobre 2007 cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 41/1-16), l'ha respinto confermando la decisione impugnata. 1.2. L'Ufficio AI – che ha trattato i certificati medici 2 e 14 maggio 2007 del dr. \_\_\_\_\_ rispettivamente del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 28/1 e 28/2) alla stregua di una nuova domanda inoltrata pendente causa (doc. AI 29/1 e 30/1) – con decisione 13 dicembre 2007, preavvisata con progetto 4 giugno 2007 (doc. AI 31/1-2), non è entrato nel merito della nuova richiesta (doc. AI 43/1-2). Questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato. 1.3. Nel mese di marzo 2011 – trasmettendo all'Ufficio AI ulteriore documentazione medica (doc. 44/1-3, 45/1 e 46/1) – l'assicurato ha presentato una terza domanda di prestazioni (doc. AI 48/1-6). 1.4. Con decisione 23 agosto 2012, oggetto della presente vertenza – sulla base della perizia

pluridisciplinare 16 maggio 2012 del SAM (doc. AI 68/1-48), del rapporto finale 25 maggio 2012 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 70/1-4) e della risposta 2 agosto 2012 del funzionario \_\_\_\_\_ con relative tabella e valutazione allegate (doc. AI 74/1-3 e 75/1) – , l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita e a provvedimenti professionali essendo il grado d'invalidità non pensionabile (doc. AI 79/1-4). Contestualmente l'amministrazione ha precisato che anche per il periodo in cui vi è stato un peggioramento con inabilità lavorativa del 100% (dal 30 dicembre 2010 al 30 giugno 2011), essendo lo stesso inferiore all'anno di attesa ai sensi dell'art. 28 LAI, non sussiste il diritto ad una rendita. 1.5. Con il ricorso qui in oggetto l'assicurato, per il tramite RA 1 () di \_\_\_\_\_, ha contestato la valutazione medica chiedendo di annullare la decisione impugnata e di rivalutare il suo caso. 1.6. Con la risposta di causa l'Ufficio AI – sulla base della valutazione del dr. \_\_\_\_\_ che nell'annotazione 8 ottobre 2012 ha rilevato che "(...) l'attuale certificato del dr. \_\_\_\_\_ non indica una modifica dello stato di salute dell'assicurato e conferma la non esigibilità di lavori pesanti come già definito dal SAM. In assenza di contraddizioni con la valutazione SAM mi astengo da sottoporre questo certificato ai periti del SAM. (...)" (IV/1) – ha chiesto di respingere il ricorso. 1.7. Così come richiestogli – dopo le chieste proroghe (VI, VII, VIII e IX) – l'assicurato, con lettera 17 dicembre 2012 anticipata via fax, ha trasmesso al TCA le osservazioni del dr. \_\_\_\_\_ in merito allo stato valetudinario del suo assistito avuto riguardo alle annotazioni del dr. \_\_\_\_\_ (X). 1.8. Con osservazioni 2 gennaio 2013 – vista l'annotazione 20 dicembre 2010 nella quale il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che "(...) l'attuale certificato del dr. \_\_\_\_\_ e del psicologo \_\_\_\_\_ esprime unicamente il disaccordo con la valutazione peritale ma non apporta nessun elemento medico-clinico nuovo. Non vi sono quindi neppure gli estremi per sottoporre lo scritto al SAM. (...)" (XII/bis) – l'Ufficio AI ha confermato la domanda di reiezione del ricorso. considerato in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni. L'insorgente postula l'annullamento della decisione impugnata con rivalutazione del suo caso. 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 ad 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, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46 ). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente

esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), 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; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.4. 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 I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e

spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9\_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C\_959/2009, 9C\_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (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, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (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 (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA I 702/03 del 28 maggio 2004, consid. 5 e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; 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.). Sul tema confronta la STF 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). Infine, va fatto presente che il TFA si è confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del 19 maggio 2006). 2.5. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, art. 41 vLAI, art. 87ss. OAI; Pratique VSI 1999). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento

determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). 2.6. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.1), con decisione 12 marzo 2007, l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni non avendo l'assicurato subito una perdita economica (doc. AI 23/1-4). La decisione del 12 marzo 2007 – fondata sulla perizia pluridisciplinare 29 dicembre 2006 del SAM (doc. AI 16/1-19) e sul rapporto e annotazione 26 gennaio e 2 marzo 2007 dei medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 18/1-3 e 22/1) – è stata confermata da questo Tribunale con STCA del 5 ottobre 2007 cresciuta incontestata in giudicato. Questa Corte aveva infatti concluso che: " (...) sulla base delle affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare 29 dicembre 2006 del SAM, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) – se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221) – è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360, 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'assicurato, dal maggio 2004, è abile al lavoro all'80% "(...) come musicista ambulante ed in attività d'artigianato (costruzione – realizzazione e vendita) (...)". In simili circostanze è dunque a ragione che l'Ufficio AI gli ha negato il diritto a prestazioni. (...)". (doc. AI 41/13) 2.7. Come rilevato sopra (cfr. consid. 1.3) – dopo che l'Ufficio AI, con decisione 13 dicembre 2007 cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 43/12), non è entrato nel merito della seconda domanda di prestazioni (cfr. consid. 1.2) –, nel mese di marzo 2011 l'assicurato ha inoltrato una nuova domanda (doc. AI 44/1, 45/1, 46/1 e 48/1-6). Il dr. \_\_\_\_\_ medico SMR, nella valutazione del 10 ottobre 2011 (doc. AI 58/1-2) – osservato che "(...) l'attuale patologia polmonare è limitante unicamente per attività fisicamente gravose (minima dispnea a sforzo severo), vedi rapporto dr. \_\_\_\_\_". La situazione reumatologica è da ritenersi invariata rispetto alla precedente perizia SAM. L'assicurato continua quindi a presentare una CL residua in attività fisicamente leggera dell'80%. (...)". (doc. AI 58/2) –, ha concluso per una capacità lavorativa, quale musicista e nel campo dell'artigianato, dell'80% dal 2007. Nell'ambito delle osservazioni 15 novembre 2011 (doc. AI 61/1) al progetto di decisione 20 ottobre 2011 (doc. AI 59/1-2), l'insorgente, già allora rappresentato dall' RA 1, ha contestato la valutazione medica producendo il certificato medico 11 novembre del dr. \_\_\_\_\_ e trasmettendo all'Ufficio AI il rapporto 23 novembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 61/2-3 e 63/1-2). Al riguardo – visto che nella valutazione 23 dicembre 2011 il dr. \_\_\_\_\_ aveva indicato che "(...) in considerazione dell'attuale certificazione specialistica (\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_) s'impone rivalutazione del caso tramite perizia SAM (reuma, psi, pneumo) per stabilire evoluzione stato di salute rispetto alla valutazione del 2006 e per stabilire attuale impedimento funzionale / lavorativo quale musicista o in altra attività più adatta. (...)". (doc. AI 65/1) –, l'Ufficio AI ha ordinato una nuova perizia a

cura del SAM (doc. AI 66/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 16 maggio 2012 (doc. AI 68/1-48) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), pneumologia (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome lombo vertebrale cronica in: - alterazioni degenerative plurisegmentali note del rachide lombare, - disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con minima scoliosi sinistro-convessa alto dorsale, destro-convessa lombare), - decondizionamento e sbilancio muscolare Conosciuta sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve entità. Tendenza all'isolamento sociale. Tratti personologici di dipendenza. Possibili aspetti somatoformi. DD: disturbo schizotipico/schizoide di personalità. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Isolato disturbo della diffusione in stato dopo embolia polmonare (dicembre 2010) senza persistente disturbo dello scambio gassoso (alterazioni enfisematose incipienti?) Tabagismo cronico. (...)" (doc. AI 68/13-14) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A., nell'attività da ultimo esercitata di musicista e venditore ambulante, è considerato nella misura del 60%, inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. (...)" (doc. AI 68/19) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...)

8        **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** Conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalla patologia reumatologica e psichiatrica (le cui implicazioni percentuali sulla capacità lavorativa non si sommano, ma si integrano in quanto le limitazioni funzionali in parte si sovrappongono), mentre invece, come descritto al capitolo 6, dal punto di vista pneumologico non vi sono limitazioni della capacità lavorativa nell'attività da ultimo esercitata. Dal punto di vista reumatologico sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta e dell'esame clinico, il nostro consulente pone le diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica in alterazioni degenerative plurisegmentali note del rachide lombare, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con minima scoliosi sinistro-convessa altodorsale, destro-convessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare. Queste patologie comportano delle limitazioni per quanto riguarda il sollevamento e trasporto di pesi sino all'altezza dei fianchi, il sollevamento di pesi sopra l'altezza del petto, il maneggiare attrezzi, l'effettuare lavori al di sopra della testa, la rotazione del tronco, l'assunzione di certe posizioni ed il salire su scale a pioli. Secondo il nostro consulente può essere riconfermata la capacità lavorativa al 100% sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto-nove ore, nell'attività da ultimo esercitata come musicista e costruttore/venditore di oggetti di artigianato, ma con una diminuzione del rendimento del 15%, attestata dal perito reumatologo nel 2006. Dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente diagnostica una conosciuta sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve entità, una tendenza all'isolamento sociale, tratti personologici di dipendenza, possibili aspetti somatoformi (DD disturbo schizotipico/schizoide di personalità), valutando l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 70% in qualunque attività lucrativa. La diminuzione della capacità lavorativa è giustificata da quanto oggettivato in ambito peritale, in particolare vi è la tendenza all'isolamento sociale con lo svolgimento di attività mistico-artistiche per altro

economicamente non valide. L'anamnesi remota dell'A. sembra non comportare grossi traumi. Egli per altro ne parla con reticenza, mostrando un certo distacco emotivo. Buono il rendimento scolastico, terminato con una formazione. L'anamnesi lavorativa appare invece più problematica con frequenti cambi di attività (tipo e luogo). Dall'arrivo in Ticino l'A. sembra poi autonomizzarsi dal profilo economico, svolgendo però attività simil-artistiche precarie. Ciò permetterà a lui di girovagare anche all'estero, talora assumendo una valenza spirituale. Dal profilo affettivo l'A. subisce l'interruzione di importanti relazioni sentimentali. Nel 2006 in concomitanza della recrudescenza della problematica dorsale e la separazione dalla convivente, l'A. interrompe di fatto l'attività lucrativa, spostando i propri interessi viepiù per attività solitarie mistico-artistiche. Ciò potrebbe caratterizzare un disturbo schizotipico di personalità, per altro non individuato dai terapeuti conosciuti. Il protrarsi dell'allontanamento dal mondo del lavoro diviene sempre più problematico. In questo senso il nostro consulente si allinea con lo psicologo che ha conosciuto l'A., dal consulente contattato telefonicamente: ora l'A. sembra necessitare di aiuti alla reintegrazione, altrimenti si corre il rischio di una maggiore compromissione della sua capacità lavorativa. Rispetto allo psicologo e soprattutto allo psichiatra Dr. med.

\_\_\_\_\_, da quanto raccontato dall'A., dalla ricostruzione anamnestica a partire dagli atti e soprattutto dallo stato psicopatologico oggettivato, si valuta invece una minore compromissione della capacità lavorativa, ponendo però una prognosi riservata. Infatti la capacità lavorativa potrebbe con il tempo ulteriormente peggiorare, in particolare in assenza di supporto psicoterapico e di aiuti alla reintegrazione. La perizia psichiatrica del 7.12.2006 in ambito della perizia pluridisciplinare SAM riconosceva una capacità lavorativa completa da un punto di vista psichiatrico. E' ipotizzabile che da tale epoca, la capacità lavorativa si sia progressivamente ridotta sino a quanto valutato nella presente indagine peritale.

Riassumendo, sulla base di quanto descritto sopra, dal punto di vista fisico e psichico, valutiamo l'attuale grado di capacità lavorativa globale, nell'attività da ultimo esercitata come musicista e venditore ambulante, nella misura del 60%, a partire dalla presente perizia. In precedenza vale quanto scaturito dalla precedente perizia SAM del 29.12.2006, con un'incapacità lavorativa totale per qualunque attività dall'insorgenza di un'embolia polmonare il 30.12.2010 per la durata di sei mesi. 9

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** Dal punto di vista pneumologico vi è una capacità lavorativa completa senza alcun limite funzionale per qualunque attività lavorativa fisicamente leggera-moderata sino a medio-pesante. Dal punto di vista reumatologico in un'attività adatta allo stato di salute, il nostro consulente giudica l'A. abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto-nove ore con una diminuzione del rendimento sicuramente non superante il 15% ritenuto dal perito reumatologo nella precedente valutazione di novembre 2006. Per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, l'A. 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'A. può spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'A. 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'A. 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, molto spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'A. può

assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'A. può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure spesso camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, talvolta salire su scale a pioli. Tenendo in considerazione che il nostro consulente psichiatra valuta un'incapacità lavorativa nella misura del 30% in qualunque attività lucrativa e tenendo in considerazione quanto già descritto nel capitolo precedente, giungiamo alla conclusione che in un'attività confacente allo stato di salute, che tiene in considerazione le limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa globale è da considerare nella misura del 60%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, con la stessa evoluzione temporale della capacità lavorativa già descritta nel capitolo 8. Dal punto di vista medico non vi sono controindicazioni assolute per eventuali provvedimenti d'integrazione professionale. Per quanto riguarda i provvedimenti terapeutici possiamo fare le seguenti considerazioni: - come descritto dal nostro consulente reumatologo l'A. viene attualmente seguito da uno specialista FMH in reumatologia, il quale formulerà le misure terapeutiche necessarie atte a migliorare la qualità di vita dell'A.; in questo contesto il nostro consulente propone di sottoporlo ad un ricondizionamento muscolare intensivo in palestra alla frequenza di tre volte alla settimana della durata di almeno un'ora a seduta, per almeno sei mesi, ginnastica che ovviamente andrà mantenuta dall'A. in seguito. L'A. può sicuramente assumere farmaci analgesici in caso di esacerbazione dei suoi dolori; possono inoltre essere ipotizzate misure infiltrative antalgiche al rachide lombare; - Il nostro consulente psichiatra ritiene indicata la ripresa di un supporto psicoterapico. Dovesse la sintomatologia depressiva divenire più importante, si potrebbe impostare un trattamento biologico, verso il quale l'A. si dice al momento non d'accordo. Tale misura potrebbe aiutare a credere maggiormente nelle proprie risorse, incoraggiandolo a riprendere un'attività lavorativa.

10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 68/19-22) Al riguardo, nel rapporto finale 25 maggio 2012, il dr. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi note, ha concluso per un'incapacità lavorativa sia nella sua attività abituale di musicista e venditore ambulante che in un'attività adeguata del 20% dal maggio 2004 al 29.12.2010, del 100% dal 30.12.2010 al 30.6.2011 e del 40% dal 1.7.2011 (doc. AI 70/1-4). L'Ufficio AI – viste le risultanze mediche suenunciate – con decisione 23 agosto 2012 ha quindi confermato il diniego a prestazioni. 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25

aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce (fatto salvo un periodo d'incapacità lavorativa totale per qualunque attività dall'insorgenza di un'embolia polmonare il 30.12.2010 e per la durata di sei mesi) una capacità lavorativa, sia nella sua attività abituale che in un'altra attività adeguata, dell'80% da fine maggio 2004 e del 60% dal marzo 2012 (mese in cui sono stati effettuati i consulti specialistici nell'ambito della perizia 16 maggio 2012 del SAM). Quanto all'evoluzione nel tempo – ancorché premesso erroneamente che nel

consulto del 7 dicembre 2006 (cfr. doc. AI 16/11-13) il dr. \_\_\_\_\_ riconosceva una capacità lavorativa totale da un punto di vista psichiatrico: “(...) la perizia psichiatrica 07.12.2006 in ambito della perizia pluridisciplinare SAM riconosceva una capacità lavorativa completa da un profilo di vista psichiatrico (...)” (doc. AI 68/46) – il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia e Perito Medico SIM, nel consulto 13 aprile 2012 (doc. AI 68/41-47) ha rilevato che “(..) nel 2006 in concomitanza della recrudescenza della problematica dorsale e la separazione dalla convivente, il peritando interrompe di fatto l’attività lavorativa, spostando i propri interessi vieppiù per attività solitarie mistico-artistiche. Ciò potrebbe caratterizzare un disturbo schizotipico di personalità, peraltro non individuato dai terapeuti conosciuti. Il protrarsi dell’allontanamento dal mondo del lavoro diviene sempre più problematico. In questo senso ci allineamo con lo psicologo che ha conosciuto il peritando, da noi contattato telefonicamente: ora il peritando sembra necessitare di aiuti alla reintegrazione, altrimenti si corre il rischio di una maggiore compromissione della sua capacità lavorativa. Rispetto allo psicologo e soprattutto allo psichiatra Dr. \_\_\_\_\_, da quanto a noi raccontato dal peritando, dalla ricostruzione anamnestica a partire dagli atti e soprattutto dallo stato psicopatologico oggettivato, poniamo invece una minore compromissione della capacità lavorativa, ponendo però una prognosi riservata. Infatti la capacità lavorativa potrebbe con il tempo peggiorare, in particolare in assenza di supporto psicoterapico e di aiuti alla reintegrazione. (...)” (doc. AI 68/45) concludendo che “(...) è ipotizzabile che da tale epoca (n.d.r.: si riferisce al dicembre 2006, mese in cui è stata redatta la prima perizia del SAM) , la capacità lavorativa si sia progressivamente ridotta fino a quanto valutato nella presente indagine peritale. [...] La diminuzione della capacità lavorativa in una misura del 30% è giustificata da quanto oggettivato in ambito peritale. In particolare vi è la tendenza all’isolamento sociale con lo svolgimento di attività mistico-artistiche peraltro economicamente non valide. [...] Riteniamo indicato la ripresa di un supporto psicoterapico. Dovesse la sintomatologia depressiva divenire più importante, si potrebbe impostare un trattamento biologico, verso il quale il peritando si dice al momento non d’accordo. Tale misura potrebbe aiutare il peritando a credere maggiormente nelle proprie risorse, incoraggiandolo a riprendere un’attività lavorativa. (...)” (doc. AI 68/46-47). Quanto alla domanda circa la possibilità di svolgere altre attività adeguate e da quando, il dr. \_\_\_\_\_ ha risposto che “(...) Sì, da un punto di vista psichiatrico, si è valutato che il peritando sia in grado di svolgere qualsiasi attività adeguata alle proprie competenze in una misura del 70% da subito. (...)” (doc. AI 68/47). Per quanto riguarda invece l’aspetto somatico il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, nel consulto 1. marzo 2012 (doc. AI 68/26-32), ha concluso che “(...) In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l’assicurato, abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8 – 9 ore, con una diminuzione del rendimento sicuramente non superante il 15% ritenuto dal perito reumatologo nel novembre 2006. Può essere riconfermata la capacità lavorativa al 100% sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, come musicista e costruttore venditore di oggetti di artigianato, ma con una diminuzione del rendimento del 15%, attestata dal perito reumatologo nel 2006. Per quanto riguarda l’attività come operaio addetto a lavori di manutenzione (lavori nel bosco, pulizia stradale, asportazione della neve, ecc.), attività da ultimo svolta verso il 2002, a seguito dei limiti funzionali e di carico sopraindicati, l’assicurato risulta abile sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8 – 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 40% a decorrere dal 15.2.2007, allorché il reumatologo curante comunicava che il signor RI 1 soffriva di lombalgie recidivanti croniche in presenza di discopatie multiple con

peggioramento delle alterazioni degenerative al rachide lombare. (...)” (doc. AI 68/31-32). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_, FMH in malattie polmonari e Capo-Servizio di Pneumologia dell’Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, nel consulto 12 aprile 2012 (doc. AI 68/33-40), ha concluso che “(...) Escludendo perciò una malattia broncoostruttiva, una malattia restrittiva non possiamo confermare la presenza di una malattia respiratoria tale da giustificare un’incapacità lavorativa persistente, rispettivamente un’invalidità dal punto di vista medico teorico pneumologico. Tenuto conto dei risultati l’assicurato può essere considerato dal punto di vista medico teorico pneumologico abile al lavoro per lavori fisici leggeri e moderati rispettivamente medio pesanti. Ciò sulla base soprattutto di un test ergospirometrico praticamente normale, che denota unicamente i segni di un’eventuale insufficiente allenamento allo sforzo. Non sono presenti limitazioni tali da giustificare un’incapacità lavorativa quale venditore ambulante, musicista, rispettivamente meccanico, le attività precedentemente svolte dall’assicurato. (...)” (doc. AI 68/36). Quanto alla domanda circa la possibilità di svolgere altre attività, il dr. \_\_\_\_\_ ha risposto che “(...) Sì, senza nessun limite funzionale è presente una capacità lavorativa completa per lavori fisici leggeri, moderati e medio pesanti. (...)” (doc. AI 68/37). I periti del SAM hanno quindi concluso che “(...) Tenendo in considerazione che il nostro consulente psichiatra valuta un’incapacità lavorativa nella misura del 30% in qualunque attività lavorativa e tenendo in considerazione quanto già descritto nel capitolo precedente, giungiamo alla conclusione che in un’attività confacente allo stato di salute, che tiene in considerazione le limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa globale è da considerare nella misura del 60%, intesa come riduzione del rendimento sull’arco di un’intera giornata lavorativa, con la stessa evoluzione temporale della capacità lavorativa già descritta nel capitolo 8. Dal punto di vista medico non vi sono controindicazioni assolute per eventuali provvedimenti d’integrazione professionale. (...)” (doc: AI 68/21). Questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi da queste valutazioni, che non sono del resto state smentite da validi certificati medici specialistici attestanti delle patologie invalidanti in grado di influire sulla capacità lavorativa residua. Tali non possono certo essere il certificato medico 18 settembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_ e il rapporto del 17 dicembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_ indirizzato direttamente a questo Tribunale (doc. A e X). In effetti, tanto il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, quanto il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, non si sono minimamente confrontati con le valutazioni del SAM. Inoltre, il certificato medico 18 settembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_ è identico a quello del 15 febbraio 2007 (cfr. doc. AI 25/10) già considerato dai periti del SAM nella perizia pluridisciplinare del 16 maggio 2012 (cfr. l’elenco atti sub doc. AI 68/2). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_ – che già nei rapporti 4 maggio 2007 e 11 novembre 2011 (doc. AI 28/1 e 63/1-2), entrambi indirizzati all’Ufficio AI, aveva concluso che i disturbi somatici e psichiatrici “(...) non gli permettono, attualmente, di avviare la ricerca di una nuova attività di lavoro a causa della perdita del coinvolgimento, dell’interesse, della motivazione e delle funzioni psicofisiche fortemente compromesse. (...)” (doc. AI 28/1) e che “(...) Siamo ora di fronte ad una persona con facoltà di reinserimento nulle. Per reinserimento intendiamo il poter esercitare il lavoro, seppur parziale, di musicista o qualche attività a lui consona e confacente. (...)” (doc. AI 63/1) –, nel rapporto del 17 dicembre 2012, ha concluso in modo del tutto generico che l’insorgente “(...) presenta un ulteriore grave peggioramento del suo già compromesso stato psicopatologico, clinico, psicosociale e valetudinario, tale da renderlo totalmente inabile dal profilo psichiatrico. (...)” (X). Al riguardo, il dr. \_\_\_\_\_, nell’annotazione 8 ottobre 2012, ha concluso che “(...) l’attuale certificato del dr. \_\_\_\_\_ non indica una

modifica dello stato di salute dell'assicurato e conferma la non esigibilità di lavori pesanti come già definito dal SAM. In assenza di contraddizioni con la valutazione SAM mi astengo da sottoporre questo certificato ai periti del SAM. (...)” (IV/1) e nell’annotazione del 20 dicembre 2012 che “(...) l’attuale certificato del dr. \_\_\_\_\_ e del psicologo \_\_\_\_\_ esprime unicamente il disaccordo con la valutazione peritale ma non apporta nessun elemento medico-clinico nuovo. Non vi sono quindi neppure gli estremi per sottoporre lo scritto al SAM. (...)” (XII/bis). Questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ nelle svenunciate annotazioni. Rispecchiando la perizia pluridisciplinare 16 maggio 2012 (doc. AI 68/1-48) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8), questo Tribunale non può quindi che confermare le conclusioni dei periti del SAM sopra esposte. In questo senso, nella misura in cui, chiedendo di rivalutare il suo caso, l'insorgente intendesse domandare ulteriori accertamenti medici ( “(...) La decisione dell’Ufficio AI del 23.8.2012 è annullata e rivista (...)” (I) ), la domanda va respinta. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungs-rechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.10. Quanto alla valutazione economica, ricordato che secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell’inizio dell’eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1) per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2011 ( considerata la transitoria incapacità lavorativa totale dal 30 dicembre 2010 per la durata di sei mesi e la precedente incapacità del 20%, la media dell’incapacità lavorativa del 40% durante un anno ai sensi dell’art. 28 cpv. 1 lett. b LADI la si ottiene con la fine del mese di marzo 2011  $\{ [20\% \times 9] + [100\% \times 3] \} : 12 = 40$  ), va rilevato quanto segue. Nel 2011 – partendo da un reddito annuo di fr. 11'900.-- per il 2003 ( interpellato per definire il reddito da valido (cfr. doc. AI 73/1) il funzionario \_\_\_\_\_, nella risposta del 2 agosto 2012, ha rilevato che “(...) in sostanza siamo confrontati con un caso in cui il richiedente si accontentava del necessario per il sostentamento. La situazione è chiaramente dimostrata dall’estratto del conto individuale. A mio modo di vedere quindi, per la definizione del reddito da valido, possiamo considerare l’importo di fr. 11'900.--, registrato nel 2003, (il più elevato raggiunto negli ultimi anni), aggiornandolo secondo l’usuale tabella. È infatti verosimile che il signor RI 1, senza il danno alla salute avrebbe continuato a vivere sui medesimi standard come dimostrato, accontentandosi del suo status. Pertanto non possiamo far capo ad altri dati economici secondo le statistiche. (...)” (doc. AI 75/1) ) e aggiornati al 2011 (aumentati del 0.9% per il 2004, dell’1% per il 2005, del 1.2% per il 2006, del 1.6% per il 2007, del 2% per il 2008, del 2.1% per il 2009, del 0.8% per il 2010 e dell’1% per il 2011; cfr. la tabella B 10.2 relativa all’evoluzione dei salari in termini nominali totale, pubblicate in *La Vie économique* 1/2-2011 pag. 95, 6-2012 pag. 95 e 12-2012 pag. 91) – si ottiene un reddito da valido di fr. 13'220.30. Sempre per il 2011, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo

un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 61'924.62 ( fr. 4'901.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2010] aggiornati al 2011 e riportati su 41.7 ore [ cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, pag. 90-91 ] moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] ). Va qui evidenziato che – ricordato il principio giurisprudenziale per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (STF 8C\_654/2012 del 21 febbraio 2013, consid. 5.1 con riferimenti; DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400, 113 V 22; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572) e considerata (fatto salvo un periodo d'incapacità lavorativa totale per qualunque attività dall'insorgenza di un'embolia polmonare il 30.12.2010 per la durata di sei mesi) una capacità lavorativa, sia nella sua attività abituale che in un'altra attività adeguata, dell'80% da fine maggio 2004 e del 60% dal marzo 2012 (cfr. consid. 2.9) – , potendo il ricorrente sfruttare, da ultimo, al meglio la capacità lavorativa residua svolgendo un'attività semplice e ripetitiva nella misura del 60%, si giustifica applicare i valori statistici. Quanto alla riduzione ai sensi della DTF 126 V 80, riconosciuta nella misura dell'8% per attività leggere ( il consulente ha concluso che “(...) visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 8% per attività leggere e del/lo 0% per altri fattori di riduzione (...)” (doc. AI 74/3), vedi anche la tabella sub doc. AI 74/1) ) , questo Tribunale ritiene che per i seguenti motivi essa vada corretta. Infatti, questa Corte, nella sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, attualmente contestata davanti al Tribunale federale – avuto riguardo alla prassi sviluppata dall'Ufficio AI del Canton Ticino in merito e constatato che il Tribunale federale, finora - pur senza dettagliare in maniera così approfondita la percentuale attribuibile ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione) - ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 (5%-10%-15%-20%-25%); un'“eccezione” a tale regola è data nel caso in cui l'Alta Corte non determini in maniera precisa la deduzione, ma la fissi all'interno di due valori, come, ad esempio, avvenuto nella STF I 870/05 del 2 maggio 2007, nella quale, considerando che “a una persona nelle condizioni del ricorrente debba essere senz'altro concessa una deduzione tra il 15% e il 20%”, il TF ha applicato la riduzione del 17.5%, corrispondente alla media tra i due valori indicati – , ha concluso che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale, anche la più recente, adducendo che “(...) nonostante sia lodevole l'intenzione di garantire l'uguaglianza di trattamento adottata dall'Ufficio AI a giustificazione dell'adozione di una propria “prassi interna” (cfr. doc. XXIII e doc. XXVIII), il TCA ritiene che ciò non può essere messo in atto autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino, ma deve avvenire tramite una direttiva a livello federale, da parte dell'UFAS, proprio al fine di garantire un'applicazione uniforme della legge in tutta la Svizzera. Trattandosi di riduzioni da apportare al reddito da invalido, determinato sulla base di valori nazionali (cfr., al riguardo, quanto deciso dalla Corte plenaria del Tribunale federale il 10 novembre 2005 a proposito dell'inapplicabilità, nella determinazione del reddito ipotetico da invalido per il Canton Ticino, dei valori statistici regionali, a favore dei

salari statistici nazionali, SVR 2007 UV n. 17 pag. 56 citata al consid. 2.7.2.), anche la relativa quantificazione della deduzione da apportare non può che venire stabilita a livello federale (...)” (STCA 32.2012.36 consid. 2.7.4 pag. 27). In concreto, ritenuto che l’amministrazione ha confermato la riduzione dell’8% stabilita dal consulente in integrazione che ha considerato un solo fattore legato all’esercizio di un’attività leggera, per quanto sopra esposto, la riduzione potrebbe ammontare al massimo al 10%. Ritenuta una capacità lavorativa del 60% in un’attività adeguata e applicata (ipotesi, questa, a lui più favorevole) la riduzione del 10% il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 33'439.29 ( fr. 61'924.62 x 60% ridotti dell’8% = fr. 33'439.29 ). Visti i redditi da valido di fr. 13'220.30 e da invalido di fr. 33'439.29 il grado d’invalidità è nullo. 2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è quindi a ragione che l’Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni. Parimenti – ritenuto che il peggioramento transitorio riconducibile alla nuova patologia pneumologica è durato sei mesi; i periti del SAM hanno infatti riconosciuto “(...) un’incapacità lavorativa totale per qualunque attività dall’insorgenza di un’embolia polmonare il 30.12.2010 per la durata di sei mesi (...)” (doc. AI 68/20) – pure ha ragione l’amministrazione ha negato il diritto ad una rendita anche in questo periodo non essendo adempiuto l’anno di carenza ai sensi dell’art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.12. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all’assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L’entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l’esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. Va qui infatti evidenziato che – anche se dagli atti risulta essere al beneficio dell’assistenza sociale ( nella perizia 16 maggio 2012 del SAM si legge infatti che “(...) Ca. dal 2006-2007 vive unicamente del sostegno della pubblica assistenza (...)” (doc. AI 68/6) ) e ricordato che i presupposti (cumulativi) necessari 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 e 372 con riferimenti; cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.) – l’assicurato non può essere esonerato dalle spese in quanto nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all’inserito, la presente vertenza appariva sin dall’inizio destinata all’insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, le valutazioni medico-teorica ed economica hanno permesso di accertare con la dovuta chiarezza il grado d’invalidità e l’insorgente, anche se patrocinato da un sindacato, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tali valutazioni, in particolare quella medica. All’insorgente che, lo si ribadisce, nelle more della procedura ricorsuale non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a contestare le valutazioni del SAM, non poteva sfuggire la necessità di documentare debitamente le allegazioni secondo le quali le valutazioni dei periti non fossero valide e/o le ragioni che rendessero verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 23 agosto 2012. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto. 2. Le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico del ricorrente. 3. Comunicazione agli interessati i quali

possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente  
Guffi

Il segretario giudice Raffaele  
Fabio Zocchetti

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