

## **TI\_GERICHTE 32.2016.52 vom 19. Juni 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-06-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.52\\_d20170619](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.52_d20170619)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.52 du 19 juin 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.52 del 19 giugno 2017

### **Regeste**

Assicurato; 1° domanda (24%; perizia SAM); 2° Domanda; perizia SAM psi, neuro e reuma; Leggero peggioramento psi; Media retrospettiva; domanda tardiva; reddito da valido (STCA precedente, aggironato); reddito da invalido (TA1 2012; NO GAp, esigibilità 60%; ded. soc. 10%); 34%; no rifor. prof

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

e 3 OAI. Scopo di questo requisito è quello di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). 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; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86). 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 LPGA, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, *Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen*, in Schaffhauser/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione

notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). 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. 88 a 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 (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Va ancora rilevato che con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). 2.4. Tornando al caso di specie, il TCA rileva che l'amministrazione ha ritenuto assolte le condizioni per entrare nel merito della nuova richiesta di rendita di RI 1 (pag. 228 e 229 incarto AI) e che pertanto, conformemente alla giurisprudenza esposta ai considerandi 2.2 e 2.3, si deve situare al momento in cui l'UAI ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni assicurative con decisione del 10 dicembre 2007 (pag. 130-133 incarto AI) - confermata da questa Corte con sentenza 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008 cresciuta incontestata in giudicato (pag. 175-210 incarto AI) -, alla luce di un grado di invalidità del 24%. In quell'occasione l'amministrazione, prima, e il TCA, dopo, si erano basati, dal profilo medico, sulla perizia pluridisciplinare psichiatrica, reumatologica e ortopedica allestita il 13 giugno 2007 dal SAM (pag. 55-106 incarto AI). In tale ambito i medici del SAM, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive, e i reperti esami (ematologico, ematochimico, radiologici, urine, screening tiroideo, ecc.), hanno sottoposto l'assicurato ad un consulto psichiatrico (dr. med. \_\_\_\_\_), ad un consulto reumatologico (dr. med. \_\_\_\_\_) e ad un consulto ortopedico (dr. med. \_\_\_\_\_). Per quanto riguarda la patologia reumatologica il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, nella propria dettagliata diagnosi aveva indicato una avanzata artrosi

secondaria dell'articolazione tibiotarsica a destra con un' importante lesione osteocondrale del duomo del talo. Uno stato dopo frattura della gamba destra distale nel 1989, guarita con deformazione in valgo di ca. 10°. Uno stato dopo osteosintesi della gamba sinistra per frattura nel 1983 con tentativo di asportazione del materiale di osteosintesi nel 1997 e atrofia del quadricipite. Una sindrome lombospondilogenica cronica con ernie discali extraforaminali anamnestiche a livello L3/L4 e L4/L5 a sinistra e una fasciite plantare cronica a sinistra. Il perito aveva valutato il paziente inabile al lavoro nella misura del 70% nella precedente attività di giardiniere. Per contro in attività quale autista e "tuttofare", premesso si tratti di lavori di regola leggeri e variati, l'assicurato era inabile al lavoro al 50%. In un'attività leggera, che potesse saltuariamente implicare anche qualche compito mediamente pesante, prevalentemente sedentario ma con possibilità di variare le posizioni di tanto in tanto, che evitasse spostamenti a piedi oltre 500 m e non in modo troppo ripetuto nel corso della giornata, che evitasse di dover camminare su terreni accidentati l'assicurato era abile al lavoro a tempo pieno, con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 20%. Egli aveva poi illustrato la capacità funzionale residua di RI 1 (pag. 101-106 incarto AI). Dal profilo della patologia neurologica il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, ha diagnosticato dei dolori lombari e lateralmente ai polpacci ed alle caviglie non spiegati da patologie neurologiche, una relativa ipotrofia del quadricipite sinistro, eventualmente spiegata da pregressa lesione radicolare L4, attualmente comunque non causante deficit rilevanti sul piano funzionale e infine delle cefalee di tipo tensionale. Lo specialista ha indicato che dal punto di vista neurologico non vi era una diminuzione della capacità lavorativa (pag. 93-95 incarto AI). Infine l'aspetto psichiatrico è stato valutato nel contesto della perizia del SAM, tramite il consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha posto la diagnosi di evoluzione ansioso-depressiva (ICD10-F43.2); tendenza all'impulsività e tendenza alla somatizzazione. Lo specialista ha poi indicato che nelle condizioni attuali l'incapacità lavorativa psichiatrica dell'assicurato si aggirava sul 30% (pag. 96-100 incarto AI).. I periti del SAM hanno ritenuto predominante la patologia reumatologica, per la quale il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva ritenuto l'assicurato, in attività adeguate, abile al lavoro a tempo pieno, con un rendimento ridotto massimo nella misura del 20%. Inoltre l'incapacità lavorativa dovuta alla patologia psichiatrica e a quella reumatologica non venivano sommate nella perizia del SAM, ma integrate, in quanto entrambe prendevano in considerazione i dolori dell'assicurato (pag. 73 e 74 incarto AI). I medici del SAM, tenuto conto delle singole affezioni invalidanti di cui l'assicurato era affetto, hanno quindi concluso per una capacità lavorativa globale del 70% in un'attività leggera e adeguata rispettosa dei limiti posti dal dr. med. \_\_\_\_\_ dal 17 dicembre 2004 (pag. 74 incarto AI). Tali considerazioni erano state fatte proprie anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 16 luglio 2017 (pag. 111 incarto AI). L'amministrazione, prima, e il TCA, dopo, avevano pertanto concluso che, dal punto di vista medico, l'assicurato era in grado di svolgere un'attività leggera e adeguata rispettosa dei limiti posti dal dr. med. \_\_\_\_\_ nella misura del 70% (cfr. in particolare, pag. 26 della STCA 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008, cresciuta incontestata in giudicato: pag. 200 incarto AI) . 2.5. Con la nuova richiesta di prestazioni del 19 aprile 2013 l'assicurato ha fatto valere un peggioramento dal profilo somatico indicando " contusioni alla schiena, problemi con entrambe le gambe, problemi psicologici " (pag. 236-241 incarto AI). Il 31 gennaio 2013, infatti, il medico generico \_\_\_\_\_, suo medico curante, aveva comunicato all'UAI che l'assicurato era stato operato il 27 marzo 2012 presso la Schulthess Klinik per la " valgisizzazione con

osteotomia distale della gamba destra " e andava rivalutata la situazione del paziente in questione, visto che era ancora seguito dagli specialisti \_\_\_\_\_ a causa dei dolori che continuava a lamentare a livello della gamba destra (pag. 227 incarto AI). Su richiesta dell'amministrazione, il 22 maggio 2013, il dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico e curante dell'assicurato, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " Esiti di osteotomia valgizzante della tibia distale destra ( \_\_\_\_\_, allegato rapporto uscita di marzo, esiti di osteotomia tibia sinistra nel 1983 con ipotrofia muscolare dell'arto inferiore sinistro, gonartrosi sinistra, lombalgie, sindrome lombovertebrale su discopatia L2-S1, ipertensione arteriosa, sindrome ansioso depressiva" , attestando un'inabilità lavorativa al 100% dal marzo 2012 quale custode d'albergo (pag. 247-254 incarto AI). Il 3 giugno 2013, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, ha posto sostanzialmente la medesima diagnosi posta dal medico curante producendo svariata documentazione medica. Nel contempo ha pure rinviato a quanto stabilito dal medico curante per quel che concerneva l'inabilità lavorativa del paziente nell'attività abituale di custode d'albergo (pag. 255-265 incarto AI). Il 24 giugno 2013, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " ICD 10 F 41.2 da anni; ICD 10 F 45.4 da anni" , attestando un'inabilità lavorativa del 50% dal 2 maggio 2013 quale aiuto giardiniere (pag. 271-275 incarto AI). Su richiesta del medico SMR a fronte delle diverse patologie che affliggono l'assicurato (diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: " avanzata artrosi tibiotarsica a destra con ev. artroscopia prevista, stato dopo frattura gamba destra nel 1989, stato dopo operazione di valgizzazione 27.3.2012, stato dopo osteosintesi gamba sinistra per frattura nel 1983, sindrome lombospondilogenica cronica, sindrome mista ansioso-depressiva F 41.2, sindrome somatoforme da dolore persistente F 45.4 "; pag. 276 e 277 incarto AI), il 10 settembre 2013 l'UAI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha dato mandato al SAM di esperire una perizia pluridisciplinare con accertamento medico internistico, neurologico, psichiatrico e psicoterapeutico, e reumatologico (pag. 282-292 incarto AI). Nella decisione su opposizione del 19 aprile 2016 (pag. 428-431 incarto AI), l'amministrazione ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato fondandosi, dal profilo medico, sulla perizia pluridisciplinare SAM del 2 gennaio 2014 (pag. 296-376 incarto AI). In tale ambito i medici del SAM, dopo aver elencato gli atti (inclusi quelli da loro richiesti/portati all'assicurato) ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), la descrizione della giornata, le constatazioni soggettive ed obiettive, e i reperti esami (ematologico, ematochimico, urine, screening tiroideo, radiologici, ecc.), hanno valutato la patologia reumatologica (dr. med. \_\_\_\_\_) e quella neurologica (dr. med. \_\_\_\_\_). Il richiedente è stato pure sottoposto ad un consulto psichiatrico (dr. med. \_\_\_\_\_). Globalmente, nel rapporto peritale del 2 gennaio 2014, 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 seguente: "

## **E. 5**

### **DIAGNOSI**

#### **E. 5.1**

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Avanzata artrosi secondaria dell'articolazione tibiotarsica e, in misura minore, talocalcaneare a ds. su/con: - frattura nel

1989, guarita con deformazione in varo di ca. 100; - lesione osteocondrale del duomo del tab o da sovraccarico; - osteotomia di valgizzazione della gamba distale 27.3.2012, con buoni risultati oggettivi. Condropatia della rotula e rottura del menisco mediale (non trattata chirurgicamente) al ginocchio sin. (MRI 25.2.2013). Stato dopo osteosintesi della gamba sin. per fetura nel 1983 con: - tentativo di AMO 1997; - lieve atrofia di tutto l'arto inferiore sin. Sindrome lombospondilogenica cronica su/con: - discopatie con bulging/ernie discali foraminali ed extraforaminali a sin, a livello L3-L4 e L4-L5, senza neurocompressione (TAC 19.11.2008); - possibile pregressa sindrome radicolare L3 o L4 a sin., attualmente poco sintomatica. Fobie specifiche (ICD10 F40.2). Sindrome mista ansiosodepressiva (ICD10 F41.2). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10 F45.4).

### **E. 5.2**

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Cefalee miste di tipo tensivo ed emicranico. Valvola aortica bicuspidale. Ipertensione arteriosa. Sovrappeso (BMI 30,6 kg/m<sup>2</sup>). Tabagismo " (pag. 315 e 316 incarto AI). (...)” Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura del 20% come giardiniere (lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento dell'80%) e del 40% come autista e custode/tuttofare, a condizione che si tratti di lavori leggeri e variati (lavoro a tempo pieno, con diminuzione del rendimento dell'60%; pag. 321 incarto AI). Nel medesimo rapporto peritale i medici del SAM hanno inoltre evidenziato quanto segue: "

### **E. 8**

Conseguenze sulla capacità lavorativa: L'A. presenta limitazioni a livello reumatologico e psichiatrico; dal lato neurologico invece non vi è diminuzione della capacità lavorativa. (...). Complessivamente, rispetto alla valutazione peritale pluridisciplinare precedente del 2007, abbiamo potuto constatare un leggero peggioramento dal lato psichiatrico; dal lato reumatologico e neurologico invece la situazione è rimasta invariata. L'attuale capacità lavorativa globale come descritta al capitolo 7 è valida a partire da maggio 2013, cioè dal momento dell'annuncio e dell'inizio dell'effettiva presa a carico psichiatrica presso la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, \_\_\_\_\_. Per il periodo precedente valgono le seguenti condizioni: - fino al 26.3.2012 valgono le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI; - incapacità lavorativa del 100% dal 27.3.2012 a fine settembre 2012 nell'ambito dell'intervento chirurgico alla caviglia ds., richiedente un periodo di convalescenza di ca. sei mesi prima che l'A. poteva tornare a un piano carico del piede ds.; per il periodo da ottobre 2012 ad aprile 2013 valgono nuovamente le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI; - da maggio 2013 è valida l'attuale capacità lavorativa globale descritta al capitolo 7 nell'ambito del peggioramento della patologia psichiatrica. Riteniamo giustificato sommare parzialmente le incapacità lavorative per motivi reumatologici e psichiatrici per il summenzionato peggioramento della patologia psichiatrica e per il fatto che dal lato psichiatrico, oltre a una sindrome somatoforme da dolore persistente, è presente una sintomatologia ansiosa con fobie specifiche. Come casalingo l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80% unicamente per i motivi reumatologici sopradescritti. (...) " (pag. 323 e 324 incarto AI). Nel medesimo rapporto peritale i medici del SAM hanno inoltre evidenziato quanto segue: "

### **E. 9**

Conseguenze sulla capacità lavorativa: In un lavoro leggero e adatto l'A. presenta una capacità lavorativa globale del 60% (lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 40%) soprattutto per i motivi psichiatrici e in minor misura per i motivi reumatologici elencati al capitolo precedente, valida da maggio 2013. L'A. non può camminare a lungo e soprattutto non è in grado di spostarsi in modo agevole su terreni accidentati, di salire e scendere scale a pioli, di lavorare su ponteggi, tetti o altre situazioni in equilibrio precario. Egli dovrebbe evitare movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e il trasporto e sollevamento di carichi superiori a 10-15 kg. Per il periodo precedente, fino al 26.3.2012, valgono le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI. Per il periodo dal 27.3.2012 a fine settembre 2012 l'A. presenta un'incapacità lavorativa del 100% per qualsiasi attività lavorativa. Per il periodo da ottobre 2012 ad aprile 2013 valgono nuovamente le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI. L'attuale capacità lavorativa globale del 60% in attività confacenti vale da maggio 2013, momento dell'annuncio e dell'inizio dell'effettiva presa a carico psichiatrica. Rispetto alla valutazione peritale pluridisciplinare precedente del 2007, abbiamo notato un leggero peggioramento della patologia psichiatrica ed una situazione invariata a livello reumatologico e neurologico. (...) " (pag. 324 incarto AI). Tali considerazioni sono state fatte proprie anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 14 gennaio 2014 (pag. 377-380 incarto AI). In questa sede, il rappresentante dell'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del 27 aprile 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, che ha osservato quanto segue: " (...) ho esaminato la perizia reumatologica di Dr. \_\_\_\_\_ del 05.11.2013. Da parte mia ho visitato il paz. il 5.2, 22.2, 5.3 e 16.4.2013, nonché il 18.2.2014. In seguito non ho più avuto modo di rivedere il sig. RI 1. Le mie conclusioni si basano dunque esclusivamente su quanto riscontrato dal febbraio 2013 al febbraio 2014. La perizia reumatologica in questione mi sembra senz'altro corretta e non contiene, a mio modo di vedere, particolari manchevolezze o imprecisioni. (...). Di per sé la situazione oggettiva riscontrata nel febbraio 2014 non era significativamente diversa da quella dell'anno precedente. Per quanto riguarda le conclusioni della perizia di Dr. \_\_\_\_\_, mi trovo senz'altro d'accordo sulla valutazione della capacità lavorativa per l'attività abituale di giardiniere. Anche i limiti funzionali considerati da Dr. \_\_\_\_\_ mi sembrano corretti. Personalmente sarei dell'idea che in un lavoro adatto leggero e variato vi era una limitazione di rendimento del 25-30% e non del 20%. (...). L'osservazione principale a riguardo di tutto questo è la seguente: la perizia reumatologica è ormai "vecchia" di 21/2 anni. Le problematiche del sig. RI 1 essendo di natura degenerativa, non è da escludere che nel frattempo vi sia stata una loro evoluzione significativa ". (doc. A 2). L'UAI ha sottoposto il precitato certificato al medico SMR, \_\_\_\_\_, il quale, nell'annotazione del 25 maggio 2016 ha rilevato che, per un verso, lo specialista in questione aveva avuto in cura il ricorrente sino al 18 febbraio 2014 e, per altro verso, dal rapporto non risultava una oggettivata modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla situazione presente in occasione della valutazione peritale in ambito SAM (doc. IV 1). Il patrocinatore dell'insorgente ha versato agli atti il 27 luglio 2016 il certificato medico del 18 luglio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, che, dopo aver visitato l'assicurato il 3 e il 17 giugno 2016, ha posto la seguente diagnosi: • Gonartrosi bilaterale con, a sx Instabilità antero mediale (Lesione del C.A.?) e importante ipotrofia coscia sx con dismetria sul lettino da visita di 1, 5 cm piu' a sx. • Esiti chirurgici alla cavaglia dx con artrosi e importante limitazione escursoria sia organica che antalgica. • Esiti chirurgici alla Tibia sx con materiale di sintesi ancora

ritenuto da osteotomia devalgizzante. • Spinalgia L5/S 1. (Riferisce di essere stato sottoposto in Ospedale a puntione sotto TAC alla • schiena per cui è ipotizzabile che vi sia qualche protrusione oltre l'ostruzione del forame di coniugazione. (Alla Balgrist segnalano il 23.6.2014: discopatie da L2 a S1) • Contrattura muscoli dorsali a dx a livello sottocostale posteriore. • Assunzione cronica di A.D condizionante rigidità diffusa a livello muscolare e di conseguenza osteoarticolare. • Alterazione deambulatoria con zoppia in varismobilaterale. ". In tale occasione lo specialista in questione ha rilevato che: " Nello specifico, ho verificato i rapporti inviati e sicuramente il quadro clinico da me visionato è nettamente aggravato a quanto descritto, in particolare per la caviglia dx, il ginocchio sx e la componente neurologica che non mi risulta studiata con una EMG vista l'assenza completa dei riflessi osteotendinei. (...) " per poi concludere che: " 1. A mio avviso il paziente va rivisto dal chirurgo ortopedico (sia specialista del piede che del ginocchio) per rimettere in discussione una artrodesi della caviglia dx e una revisione del ginocchio sx, protesi o osteotomia e toeletta meniscale. 2. Va anche inviato al neurologo per una sua valutazione comprensiva anche di EMGgrafia 3. Va trattato per la schiena sia con infiltrazioni che fisioterapia con una nuova verifica in RMN 4. In ogni caso il quadro clinico e funzionale è nettamente peggiorato rispetto a quanto descritto nella perizia SAM sia dal punto di vista reumatologico ortopedico sia neurologico anche se è stato posto in quell'occasione il dubbio della coesistenza di una lesione radicolare "tipo L3 o L4 a sin." in effetti in passato era stata constatata un'ernia intraforaminale sia a livello L3-L4 che L4-L5 a sx" ENTRAMBE POTREBBERO DETERMINARE DEFICIT ALLA REGIONE DELLA COSCIA Sx. Attualmente comunque un'eventuale componente radicolare non sembra essere particolarmente sintomatica" nulla è stato allestito a quel livello. A questo punto mi pare logico che con i dubbi espressi già dal periziante, sarebbe valsa la pena di approfondire quanto riscontrato quantizzando appunto con EMG e oggi con nuova RMN lo stato discovetrabile lombare che avrebbe dovuto ridimensionarsi, viceversa è peggiorato e non è stato nel frattempo trattato . ". Da ultimo, lo specialista ha osservato quanto segue: " Potrei concordare con una I.L. al 70% come giardiniere limitandosi ai lavori leggeri, ma trovo più aderente alla realtà un 80% mentre escluderei quasi completamente l'attività di autista se non con un mezzo modificato per le condizioni della sua caviglia, ma anche per il ginocchio. Nella perizia si legge ancora che gli interventi avrebbero restituito alla gamba sx un asse normale ma basta osservare che ci si rende subito conto che attualmente c'è un disassamento specie alla tibia distale e con presente importante instabilità. Anche come casalingo l'attività lavorativa deve essere ridotta almeno del 50. In ogni caso, a mio giudizio, non solo il paziente va sottoposto a nuovi controlli, per verificarne la limitazione lavorativa attuale, ma va ridiscussa anche l'opzione chirurgica. " (doc. B). L'UAI ha sottoposto il precitato certificato al medico SMR, \_\_\_\_\_, il quale, nell'annotazione del 2 agosto 2016 ha rilevato quanto segue: " (...) In netto contrasto con la valutazione SAM risulta la non evocabilità dei riflessi osteotendinei a livello degli arti inferiori descritta dal dr. \_\_\_\_\_, referto difficilmente spiegabile con il restante esame clinico e non sospetto per una problematica discale vista la simmetria e l'assenza di segni p.es per una stenosi del canale spinale, referto probabilmente dovuto al differente esaminatore (dato che in occasione della valutazione SAM erano descritti deboli e simmetrici) che ad una nuova patologia. (...). Difficile condividere l'indicazione di un netto aggravamento a livello della caviglia destra e del ginocchio in assenza di una descrizione precisa su cosa si baserebbe questa indicazione. Da notare che in ambito SAM l'artrosi tibiotarsica era già definita quale avanzata con quindi debita presa in considerazione nella definizione dell'esigibilità

lavorativa. In conclusione ritengo che l'attuale scritto del dr. \_\_\_\_\_ che si basa su visita clinica posteriore la decisione del 19.4.2016 non contenga elementi in favore d'una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM " (doc. XXII 1). Su richiesta del TCA, l'UAI ha sottoposto i precitati rapporti medici del 27 aprile 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del 18 luglio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, al neurologo ed al reumatologo del SAM che avevano a suo tempo visitato il ricorrente (doc. XVI). In particolare, il 15 marzo 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_, con riferimento al certificato medico del dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato quanto segue: "(...). Abbiamo dunque a disposizione una lettera del Dr. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, del 27.4.2016. Le sue conclusioni si basano su visite effettuate nel 2013 e nel 2014. La lettera indirizzata all'avvocato dell'assicurato e riguarda il mio consulto reumatologico. Interpellato dunque a riguardo il Dr. \_\_\_\_\_ afferma come la mia valutazione sembri senz'altro corretta e non contenga manchevolezze e imprecisioni. Il Dr. \_\_\_\_\_ si trova senz'altro d'accordo sulla mia valutazione della capacità lavorativa per l'attività di giardiniere. Anche i limiti funzionali da me considerati gli sembrano corretti. Il Dr. \_\_\_\_\_ sarebbe personalmente dell'idea che in un lavoro leggero, adatto e variato vi sia una limitazione del rendimento del 25-30 % e non del 20 %. Sulla prognosi il Dr. \_\_\_\_\_ è d'accordo con quanto da me asserito. La perizia reumatologica appare tuttavia ormai "vecchia" di 21/2 anni. Essendo le problematiche del paziente di natura degenerativa, non è da escludere che vi sia stata un'evoluzione. Nota del perito: la lettura del mio consulto da parte del collega Dr. \_\_\_\_\_ non rileva manchevolezze o imprecisioni. Anche la valutazione del collega coincide con la mia ad eccezione di una lievissima differenza per quanto riguarda un lavoro leggero e adatto che può senz'altro essere attribuita a una diversa valutazione tra diversi periti ". Nella medesima occasione il perito del SAM, con espresso riferimento al certificato medico del dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato quanto segue: "(...) Vengono riprese in sostanza le diagnosi note. (...). In effetti la mia valutazione coincide solo parzialmente con quella del Dr. \_\_\_\_\_ ma non mi aspettavo un giudizio concordante. Non trovo comunque elementi rilevanti nella sua posizione ". Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che: " In sintesi, in accordo con il Dr. \_\_\_\_\_, a distanza di anni dalla mia valutazione non è possibile affermare né escludere che vi sia stato un peggioramento della situazione ma non abbiamo alcun elemento positivo a riguardo. Non abbiamo cioè alcun dato che permetta di documentare un peggioramento della situazione. Tenendo conto del fatto che l'assicurato presenta alterazioni degenerative, è sottinteso che queste alterazioni degenerative vadano incontro nel tempo a un lento peggioramento secondo una dinamica fisiologica che è appunto obbligatoria. Se non vi sono tuttavia elementi nuovi documentati, questo non basterebbe per rimettere in questione tutta la valutazione peritale precedente. " (doc. XIX 1). Dal canto suo, il 16 marzo 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_, con riferimento al certificato medico del dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato quanto segue: " Concorda complessivamente con la valutazione peritale reumatologica del dott. \_\_\_\_\_ ". Nella medesima occasione il perito del SAM, con espresso riferimento al certificato medico del dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato quanto segue: "(...) Descrive inoltre "spinalgia L5/S1" per cui ipotizza che vi sia "qualche protrusione oltre l'ostruzione del forame di coniugazione". Segnala la presenza di discopatie da L2 a S1 descritte alla Clinica \_\_\_\_\_ in giugno 2014. Propone una valutazione neurologica che comprenda anche una elettromiografia. Ritiene che il quadro clinico e funzionale sia nettamente peggiorato rispetto a quanto descritto nella perizia SAM del 02.01.2014. Ricordo che in occasione della valutazione neurologica del 21 ottobre 2013 avevo constatato riflessi osteotendinei deboli ma

presenti. Anche da parte mia avevo descritto una ipotrofia della muscolatura alla coscia sinistra. Era presente anche un deficit sensitivo senza una distribuzione radicolare alla gamba sinistra. Si riteneva perciò nelle conclusioni che potesse esservi stata una lesione radicolare di tipo L3 o L4 a sinistra in passato ma al momento della valutazione neurologica questa non risultava particolarmente sintomatica, sia dal punto di vista clinico che soggettivo, per cui dal punto di vista neurologico si riteneva l'A. abile al lavoro al 100%. Nel frattempo risulta che il paziente 6 pure in trattamento per diabete mellito con Metfin, mente fino al 2013 un diabete mellito non era conosciuto. L'attuale assenza dei riflessi osteotendinei potrebbe essere dovuta anche ad una incipiente polineuropatia diabetica; sottolineo ancora comunque che anche alla mia valutazione trovavo riflessi osteotendinei deboli e talvolta possono esservi variazioni del reperto a dipendenza della tecnica in esame. Sulla base dei dati a disposizione, se anche vi fosse una polineuropatia diabetica, questa non sembra essere particolarmente sintomatica almeno in base a quanto riportato nei nuovi documenti. La sola assenza dei riflessi osteotendinei non permette di trarre conclusioni sulla situazione funzionale del paziente. Meno probabile mi sembra invece che possa esservi un peggioramento di una eventuale componente radicolare, almeno sulla base dei dati riportati. Ancora più improbabile che l'assenza dei riflessi osteotendinei sia dovuta ad una compressione radicolare, si dovrebbe in effetti ipotizzare che siano compresse gran parte delle radici lombari almeno distalmente a L3 ". Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che: " I due nuovi documenti citati non portano dunque nuovi elementi concernenti la situazione constatata nell'ottobre 2013 e dunque penso di poter confermare le conclusioni alle quali era giunta la valutazione neurologica. La situazione descritta dal Dott \_\_\_\_\_ presenta effettivamente alcuni nuovi elementi che mi sembrano soprattutto concernere gli aspetti reumatologici. Descrive alcuni reperti neurologici che, almeno sulla base di quanto riportato, per altro non molto dettagliato, non permettono di concludere se vi siano effettivamente dei peggioramenti maggiori neurologici che potrebbero ora causare limitazioni funzionali più importanti . " (doc. XIX 1). Le osservazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_ sono state confermate integralmente dal SAM nel complemento del 27 marzo 2017 (doc. XIX 1).

2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c;

MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto il principio giusta il quale, in caso di divergenze, l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93), precisando nel contempo che alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura

ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Infine va ricordato che, 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 (cfr. in questo senso anche la STF 9C\_815/2012 del

#### **E. 10**

dicembre 2007 (pag. 130-133 incarto AI) - confermata da questa Corte con sentenza 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008 cresciuta incontestata in giudicato (pag. 175-210 incarto AI) -, alla luce di un grado di invalidità del 24%.

Cefalee miste di tipo tensivo ed emicranico.

Valvola aortica bicuspidale.

Iperensione arteriosa.

Sovrappeso (BMI 30,6 kg/m<sup>2</sup>).

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

D'altra parte nulla cambia, nel caso di specie, la già citata DTF 141 V 281. Al consid. 8 di quella sentenza, il TF ha infatti rammentato che, come già spiegato in DTF 137 V 210, le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten

und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen. Non vi sono difatti ragioni per scostarsi dalle valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, non avendo del resto il consulente applicato la presunzione secondo cui i disturbi di cui soffre l'assicurato possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile.

Il "reddito da valido" quale giardiniere "tuttofare" per il 2013 è, pertanto, fissato a fr. 53'950.-. Da notare che, aggiornando al 2013, il salario da valido di fr. 47'925.- fissato per il 2005 nella STCA 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008, cresciuta incontestata in giudicato, sulla base dei dati forniti dall'ex datore di lavoro dell'assicurato, si ottiene un reddito da valido di fr. 53'031.50 (2006: + 1,2%; 2007: + 1,6%; 2008: + 2%; 2009: + 2,1%; 2010: + 0,8%; 2011: + 1%; 2012: + 0,8%; 2013: + 0,7%).

In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 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) ( ).

Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di 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; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%).

Ferme queste premesse, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 10%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Vale comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi ■ auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C\_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2). ■ (STF 8C\_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C\_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C\_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C\_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di

avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.).

Stante quanto precede questo TCA non condivide né le critiche mosse dal rappresentante del ricorrente all'operato dell'Istituto assicuratore per aver operato una riduzione sociale del 10% né la decurtazione di almeno il 15% rivendicata dal patrocinatore dell'insorgente.

Infine, la circolare sui provvedimenti di integrazione di ordine professionale (CPIP) prevede:

"4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativamente:

- a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no;
- l'assicurato deve essere idoneo all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale;
- la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità dell'assicurato. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile.

( )

4013 Se un assicurato è sufficientemente integrato o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria. ■

Infine, con STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che:

## **E. 12**

dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) 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 suddetti 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." 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). In una sentenza 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). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). 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). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale 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 und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” In una sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.8. 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 (segnatamente la perizia del 2 gennaio 2014 ed il relativo complemento del 27 marzo 2017), da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI.

2.8.1. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato è stata sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha posto la diagnosi di fobie specifiche (ICD10 F40.2), sindrome mista ansiosodepressiva (ICD10 F 41.2) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10 F45.4). Rispetto alla valutazione specialistica effettuata nel 2007 alcuni aspetti del quadro clinico, come quelli legati all'ideazione centrata sui dolori e sull'ingiustizia subita a causa del licenziamento sanzionato dalla sua ex datrice di lavoro, erano rimasti pressoché invariati, mentre di nuova insorgenza erano i disturbi ansiosodepressivi e quelli legati alle fobie specifiche riguardanti ambienti particolari, come gli ascensori e le stanze chiuse senza apparenti vie di uscita. Queste ultime manifestazioni erano accompagnate da meccanismi di evitamento delle situazioni fobiche e questo per arginare lo scatenarsi delle crisi di ansia che si manifestavano non soltanto durante l'esposizione a queste situazioni, ma anche semplicemente con il pensare alla possibilità di nuovamente incappare in queste stesse situazioni. Soprattutto quest'ultimo aspetto sembrava essere quello che in quel momento fosse all'origine del disagio emozionale dell'assicurato. Per quanto riguardava i criteri di Förster, per quel che riguardava l'aspetto della possibile comorbidità psichiatrica, il perito ha rilevato la presenza di disturbi riconducibili a fobie

specifiche, le quali però non dovevano essere associabili con la sindrome del dolore cronico di tipo somatoforme diagnosticato. Egli ha pure osservato la presenza di una tendenza all'evitamento di situazioni specifiche correlate alle fobie di cui soffre l'assicurato, piuttosto che una sua tendenza all'isolamento sociale. Era rilevabile una problematica di dolore cronico, che era risultata resistente alle terapie riabilitative e si ad allora non effettuate dall'assicurato. Essendo le fobie di cui l'assicurato soffriva limitate a situazioni estremamente specifiche, ma che gli procuravano comunque un significativo disagio emozionale a causa della paura di venirvi esposto, il perito ha ritenuto che fosse valutabile un'incapacità lavorativa psichiatrica del 40%, valida da maggio 2013, cioè dal momento dell'annuncio e dell'inizio dell'effettiva presa a carico specialistica. Per il periodo precedente ha rimandato alla sua precedente valutazione peritale dell'aprile 2007, nella quale aveva attribuito un'incapacità lavorativa del 30%. L'incremento dell'incapacità lavorativa dal 30% al 40% derivava dall'incidenza significativa che i disturbi fobici hanno avuto sul funzionamento psicologico e sociale dell'assicurato. A suo avviso, l'assicurato poteva svolgere altre attività nella misura del 60%. Limitatamente alla parte psichica l'assicurato risultava inoltre totalmente abile al lavoro come casalingo. Il perito ha inoltre puntualizzato che il trattamento psichiatrico e psicofarmacologico s'imponeva. Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario. D'altra parte nulla cambia, nel caso di specie, la già citata DTF 141 V 281. A l consid. 8 di quella sentenza, il TF ha infatti rammentato che, come già spiegato in DTF 137 V 210, le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (" In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genüge n"). Non vi sono difatti ragioni per scostarsi dalle valutazioni del dr. med.

\_\_\_\_\_, non avendo del resto il consulente applicato la presunzione secondo cui i disturbi di cui soffre l'assicurato possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile. 2.8.2. Dal profilo della patologia neurologica il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, ha posto la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica con possibile progressa sindrome radicolare L3 o L4 a sinistra, attualmente poco sintomatica, dolori alla regione pretibiale destro e al ginocchio sinistro, non spiegati da patologia neurologica, nonché cefalee miste di tipo intensivo ed emicranico. All'esame clinico il perito non ha trovato deficit motori o indizi in favore di una patologia da parte del sistema nervoso centrale. Come già nel 2007 ha costatato un'ipotrofia del

quadricipite sinistro, approssimativamente simile a quanto già allora descritto. Questa atrofia non si accompagnava a deficit motori poteva essere spiegata in primo luogo anche da una certa inattività. Era possibile d'altro canto che vi fosse una progressa lesione radicolare di tipo L3 o L4 a sinistra: in effetti in passato era stata costatata un'ernia discale intraforaminale sia a livello L3-L4 che L4-L5 a sinistra, entrambe avrebbero potuto determinare deficit alla regione della coscia sinistra. In quel momento comunque un'eventuale componente radicolare non sembrava essere particolarmente sintomatica. Per quel che riguardava gli aspetti strettamente neurologici, non si trovavano reperti determinanti un'incapacità lavorativa. Unico elemento da sottolineare era il fatto che l'assicurato avrebbe potuto avere avuto una componente radicolare L3 o L4 a sin, e che questa avrebbe potuto divenire sintomatica nell'ambito di attività particolarmente pesanti per la colonna lombare. Per attività invece che risparmiassero relativamente la colonna lombare, a mente del perito, dal punto di vista teorico l'assicurato, per quel che riguardava gli aspetti neurologici, poteva essere ritenuto abile al lavoro al 100%. Non vi erano in effetti variazioni rilevanti della situazione neurologica rispetto all'aprile 2007. L'assicurato poteva svolgere l'attività di casalingo dal punto di vista neurologico in misura completa. Il perito non aveva alcuna proposta terapeutica dal punto di vista neurologico. A suo avviso era probabile che i dolori descritti persistessero anche in futuro. La prognosi neurologica avrebbe dovuto essere invece abbastanza favorevole.

2.8.3. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurato è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, il quale ha posto le diagnosi di avanzata artrosi secondaria dell'articolazione tibiotarsica e, in misura minore, talocalcanearia a destra su/con frattura nel 1989, guarita con deformazione in varo di ca. 10°, lesione osteocondrale del duomo del talo da sovraccarico, osteotomia di valgizzazione della gamba distale 27.3.2012 con buoni risultati oggettivi; condropatia della rotula e rottura del menisco mediale (non trattata chirurgicamente) al ginocchio sinistro (MRI 25.2.2013); stato dopo osteosintesi della gamba sin, per frattura nel 1983 con tentativo di AMO 1997 e lieve atrofia di tutto l'arto inferiore sinistro; sindrome lombospondilogenica cronica su/con discopatia, con bulging/ernie discali foraminali ed extraforaminali a sin, a livello L3-L4 e L4-L5, senza neurocompressione (TAC 19.11.2008); sindrome del dolore cronico non specifica. Il perito ha rilevato che, da un punto di vista soggettivo, i dolori erano leggermente peggiorati rispetto al 2007 e riguardavano sempre la caviglia destra, ma anche il ginocchio e la schiena, più che non la gamba sinistra. Nel frattempo l'assicurato aveva beneficiato di un'osteotomia di valgizzazione della gamba destra a marzo 2012 con un risultato soggettivo deludente. Nel frattempo era stata messa in evidenza una lesione meniscale e una gonartrosi a sinistra. La TAC lombare del 19.11.2008 mostrava bulging/ernie discali foraminali ed extraforaminali a sinistra, in contatto con le radici L3-L4, ma senza alcun correlato clinico (senza una neurocompressione). In primo piano si situava una sindrome del dolore cronico non specifica. Dal punto di vista reumatologico teorico, come giardiniere, l'assicurato restava inabile al lavoro nella misura del 70%. Poteva svolgere lavori di giardinaggio leggeri, che evitassero spostamenti ripetuti e spostamenti su terreni molto accidentati. Come autista e tuttofare l'assicurato restava inabile al lavoro nella misura del 50%. Si poteva trovare qualunque combinazione tra tempo e rendimento che risultasse nella relativa incapacità lavorativa del 70%, rispettivamente del 50%. Una riduzione della capacità lavorativa era presente da diversi anni, senza variazioni di rilievo rispetto al consulto reumatologico del 2007. La situazione della gamba destra era migliorata con l'intervento correttivo, che aveva restituito alla gamba un asse normale. L'artrosi non era evoluta in

modo significativo, se non secondo una dinamica naturale. Nel frattempo era stata evidenziata una problematica degenerativa al ginocchio sinistro, con condropatia della rotula (verosimilmente bilaterale) e lesione del menisco mediale non operata. Per quanto riguardava la gamba controlaterale, non vi era alcun cambiamento di rilievo. Per quanto riguardava la schiena, l'ultima TAC del 19.11.2008 mostrava lesioni già descritte nel referto della TAC del 21.3.2005 e quindi verosimilmente invariate. La diminuzione della capacità lavorativa era dovuta alle avanzate alterazioni degenerative della caviglia destra, ma anche alle alterazioni degenerative del ginocchio sinistro e della schiena. L'assicurato non poteva camminare a lungo e soprattutto non era in grado di spostarsi in modo agevole su terreni accidentati, di salire e scendere scale a pioli, di lavorare su ponteggi, tetti o altre situazioni in equilibrio precario. L'assicurato avrebbe dovuto evitare movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e il trasporto e sollevamento di carichi superiori a 10-15 kg (non tuttavia in modo regolare). L'assicurato era in grado di svolgere un lavoro leggero e adatto che tenesse conto dei criteri precedentemente elencati a tempo pieno, con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 20%. Come casalingo l'assicurato era inabile al lavoro al massimo nella misura del 20%, tenendo conto dei lavori più pesanti e ripetitivi. L'intervento chirurgico proposto alla \_\_\_\_\_, avrebbe potuto eventualmente migliorare leggermente il problema meccanico della caviglia destra da un punto di vista oggettivo. La presenza di una sindrome del dolore cronico rendeva sostanzialmente sicuro un insuccesso soggettivo. Per questa ragione il perito riteneva controindicato un ulteriore intervento chirurgico sulla caviglia destra. Premesso che l'assicurato non venisse sottoposto a ulteriori interventi chirurgici, non erano da prevedere cambiamenti di rilievo a medio termine, mentre a lungo termine era possibile un peggioramento dell'artrosi della caviglia destra.

2.8.4. Il perito reumatologo ed il perito neurologo del SAM, nella motivate e approfondite prese di posizione del 15 e 16 marzo 2017 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.5, e che sono state confermate integralmente dal SAM nel complemento del 27 marzo 2017, hanno spiegato nel dettaglio i motivi per cui, per un verso, la loro valutazione diverge in parte da quella del 27 aprile 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del 18 luglio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, in particolare da quella del secondo medico curante citato (che ha preso in cura l'assicurato in data successiva all'emissione della decisione contestata) e, per altro verso, che, sulla base di quanto riportato, per altro non molto dettagliato, sempre dal medesimo specialista non vi era alcun dato che permettesse di documentare/oggettivare un peggioramento della situazione che potesse causare delle limitazioni funzionali più importanti di quelle già accertate in sede peritale. Il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dai periti del SAM. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione SAM (perizia del 2 gennaio 2014 e complemento del 27 marzo 2017) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6 e 2.7), alla stessa va dunque attribuita piena forza probante. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute, anche dal profilo psichico e reumatologico, dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dagli specialisti del SAM, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, data questa ( in casu , il 19 aprile 2016) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3 ). In tale contesto, va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di

determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In conclusione, stante quanto sopra esposto, 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 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 (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 nell'attività abituale di giardiniere "tuttofare", presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 27 marzo 2012 al 30 settembre 2012, del 70% dal 1 ottobre 2012 al 30 aprile 2013 e dell'80% dal 1° maggio 2013 continua (intesa come presenza a tempo pieno con riduzione di rendimento) mentre in un'attività adeguata (ovvero in un lavoro leggero e adatto che tenga quindi conto del fatto che il ricorrente non può camminare a lungo e soprattutto non è in grado di spostarsi in modo agevole su terreni accidentati, di salire e scendere scale a pioli, di lavorare su ponteggi, tetti o altre situazioni in equilibrio precario; che dovrebbe evitare movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e il trasporto e sollevamento di carichi superiori a 10-15 kg) presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 27 marzo 2012 al 30 settembre 2012, del 30% dal 1° ottobre 2012 al 30 aprile 2013 e del 40% dal 1° maggio 2013 continua (intesa come presenza a tempo pieno con riduzione di rendimento); per il periodo precedente, fino al 26.3.2012, fa stato invece quanto accertato con STCA 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008 (pag. 175-210 incarto AI; cfr., in particolare, consid. 2.5 in fine della presente sentenza). È peraltro 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 eccessive. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il Tribunale federale 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. Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). D'altra parte se è vero che il mercato del lavoro accessibile agli assicurati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (cfr. RCC 1989, p. 331 consid. 4a)), è altrettanto vero che nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (cfr. SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004 nella causa K., U 871/02, consid. 3). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Stante quanto precede si deve quindi

concludere che, rispetto alla valutazione peritale pluridisciplinare precedente del 2007 e, quindi, a quanto accertato nella STCA 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008, a partire dal 1° maggio 2013, vi è stato un leggero peggioramento della patologia psichiatrica (che ha comportato una riduzione della capacità lavorativa globale residua di un ulteriore 10%, segnatamente dal 30% al 40%) ed una situazione invariata a livello reumatologico e neurologico. Da notare che il TCA sta prendendo in considerazione l'ipotesi più favorevole al ricorrente, visto che nel consulto psichiatrico del 3 dicembre 2013 il dr. med.

\_\_\_\_\_ era giunto alla conclusione che il trattamento psichiatrico e psicofarmacologico s'imponeva e che era importante che il trattamento venisse ripristinato al più presto, in quanto da alcuni mesi l'assicurato non era più stato visitato e nel frattempo anche le cure psicofarmacologiche, di per sé indispensabili per arginare le fobie di cui l'assicurato soffriva, erano state gioco forza interrotte. Infatti, secondo il perito, i disturbi psicopatologici dell'assicurato potevano, se ben curati, ricorrendo alle opportune terapie psicofarmacologiche, migliorare ed essere in gran parte limitati nella loro espressività clinica o addirittura guariti nel giro di alcuni mesi (cfr. pag. 374 e 375 incarto AI). 2.9. Stante quanto precede, occorre ora esaminare se la capacità di guadagno dell'assicurato ha subito un aggravamento tale da giustificare l'accoglimento della nuova richiesta di prestazioni AI. 2.10. Preliminarmente va rilevato che, in applicazione della media retrospettiva (cfr., fra le tante, sentenza 32.2014.189 del 2 marzo 2015), l'UAI ha ritenuto che l'assicurato avrebbe avuto diritto ad un quarto di rendita d'invalidità con grado AI del 44% dal 1° giugno 2012 al 31 agosto 2012 e ad una rendita intera con grado AI del 100% dal 1° settembre 2012 (tre mesi dopo il riconoscimento del quarto di rendita AI) al 31 gennaio 2013. Ora, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, giusta il quale, colui che rivendica una prestazione deve annunciarsi all'assicuratore competente nella forma prescritta per l'assicurazione sociale interessata (cpv. 1), gli assicuratori sociali consegnano gratuitamente i formulari per la domanda e per l'accertamento del diritto a prestazioni; questi formulari devono essere trasmessi al competente assicuratore dopo essere stati compilati interamente e in modo veritiero dal richiedente o dal suo datore di lavoro ed eventualmente dal medico curante (cpv. 2), se una domanda non rispetta le esigenze di forma o se è trasmessa a un servizio incompetente, per quanto riguarda l'osservanza dei termini e gli effetti giuridici collegati alla domanda è determinante la data in cui essa è stata consegnata alla posta o inoltrata a tale servizio (cpv. 3). Visto che la domanda del ricorrente risale al 19 aprile 2013 (pag. 236-241 incarto AI) e che, pertanto, il versamento della rendita avrebbe potuto avvenire unicamente a decorrere dal 1° ottobre 2013 (ovvero 6 mesi dopo la precitata richiesta), in un momento quindi in cui l'assicurato risultava - come si vedrà in seguito al consid. 2.15 - portatore di un grado d'invalidità inferiore al 40%, a ragione, l'UAI ha rifiutato il pagamento di qualsiasi prestazione dal 1° giugno 2012 al 31 gennaio 2013. 2.11. Detto questo, 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. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe

essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

2.11.1. Per quanto concerne il reddito da valido, l'UAI ha ritenuto che, se non fosse subentrato il danno alla salute (nel 2005) e avesse continuato a svolgere la sua abituale attività lavorativa ( giardiniere "tuttofare" ), l'assicurato avrebbe potuto percepire un salario annuo lordo di fr. 53'950.- per l'anno 2013, sulla base di quanto indicato dall'ex datore di lavoro (cfr. pag. 382 incarto AI). Dal canto suo, il patrocinatore del ricorrente ritiene che, in quanto agronomo di formazione e considerando quindi un GAP salariale del 16.77%, dedotta la carenza del 5% imposta dalla giurisprudenza federale, il salario da valido considerato dall'amministrazione per il suo cliente deve essere aumentato dell'11.77% ed ammonta quindi a fr. 60'299.91 (fr. 53'950.- x 1,1177). Il TCA rileva che non ha motivo di scostarsi dal dato accertato dall'amministrazione presso l'ex datore di lavoro dell'assicurato. D'altra parte giova qui ricordare che la giurisprudenza federale in ambito di GAP salariale prevede, a determinati presupposti, una riduzione del reddito da invalido e non una maggiorazione del reddito da valido (cfr. consid. 2.12). Il "reddito da valido" quale giardiniere "tuttofare" per il 2013 è, pertanto, fissato a fr. 53'950.- . Da notare che, aggiornando al 2013, il salario da valido di fr. 47'925.- fissato per il 2005 nella STCA 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008, cresciuta incontestata in giudicato, sulla base dei dati forniti dall'ex datore di lavoro dell'assicurato, si ottiene un reddito da valido di fr. 53'031.50 (2006: + 1,2%; 2007: + 1,6%; 2008: + 2%; 2009: + 2,1%; 2010: + 0,8%; 2011: + 1%; 2012: + 0,8%; 2013: + 0,7%).

2.12. Per quanto riguarda il reddito da invalido , va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli

stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 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) (...)". Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di 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; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. 2.12.1. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08), risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 62'520.-- (5'210.-- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2013 si ottiene un salario di fr. 63'011.80 (62'520 : 101.7 x 102,5) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2015, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Ritenuto che nel 2013 le ore settimanali normali di lavoro totali ammontavano a 41,7, si ottiene un reddito da invalido di fr. 65'689.80 per il 2013 (63'011.80 x 41,7 : 40), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). L'assicurato, quale giardiniere "tuttofare", avrebbe realizzato nel 2013 un reddito annuo di fr. 53'950.- per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 46'271.-; cfr. Tabella TA 1 2008 p.to 1 "ortofloricoltura", livello di qualifica 4, dopo adeguamento salariale per il 2013). Nel caso in

esame non sono perciò realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza citata al consid. 2.12. Di conseguenza, considerata un'esigibilità lavorativa del 60% (cfr. consid. 2.8.4), il reddito da invalido corrisponde a fr. 39'413.88 (fr. 65'689.80:100x60). 2.13. 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). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete . 2.13.1. Nel caso di specie l'UAI ha riconosciuto una deduzione sociale del 10% (per attività leggere e altri fattori di riduzione ). Il legale dell'assicurato - dopo aver puntualizzato che non è dato sapere quali sono gli " altri motivi " presi in considerazione dall'amministrazione - rileva che andrebbe applicata una riduzione di almeno il 15%, così come avvenuto in casi analoghi, visto che il suo cliente non svolge un'attività da 12 anni e dovrebbe reperire un'attività lavorativa all'età di oltre 50 anni, ha delle conoscenze di lingua italiana molto modeste, dovrebbe reintegrarsi in un'attività lavorativa che non ha mai svolto in precedenza e dovrebbe svolgere un'attività lavorativa oltremodo modesta con grande limitazione sul posto di lavoro e quindi con maggior difficoltà nel reperire un'attività lucrativa. Questo Tribunale rileva innanzitutto che con la STF 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. consid. 4.2: " [...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances

du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...] ”). Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Val qui la pena di ribadire che 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). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C\_655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Ferme queste premesse, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 10%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Vale comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C\_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2).“ (STF 8C\_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C\_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C\_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C\_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Nella STF 8C\_482/2016 del

## **E. 15**

gennaio 2016: "(...) von rund 20% voraussetzt, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt."; DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è quindi del 20%. Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI, per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in

particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). Infine, la circolare sui provvedimenti d'integrazione di ordine professionale (CPIP) prevede: " 4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente: - a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no; - l'assicurato deve essere idoneo all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; - la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità dell'assicurato. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile. (...) 4013 Se un assicurato è sufficientemente integrato o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria." Infine, con STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...) " (STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6). 2.15.2. Tornando al caso di specie, va evidenziato che il ricorrente, pur avendo raggiunto il grado minimo d'invalidità del 20% richiesto (cfr. consid. 2.14.), senza dover intraprendere una specifica riqualifica professionale, può, per i motivi già espressi al consid. 2.8, svolgere attività semplici e ripetitive dal profilo fisico leggero (cfr. anche sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011; cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). All'assicurato può essere richiesto 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 possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. STCA 32.2013.75 del 28 gennaio 2014 e 32.2011.143 del 21 novembre 2011). 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 TF 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 (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Ne segue che al ricorrente non può essere riconosciuto alcun diritto a provvedimenti professionali (riqualifica/riformazione professionale), ritenuto che gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. anche le STCA 32.2015.83 del 4 maggio 2016, 32.2014.17 del 27 luglio 2015, 32.2014.95 del 21 maggio 2015, 32.2013.75 del 28 gennaio 2014). 2.16. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata. 2.17. 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. 500.-vanno poste a carico dell'assicurato.

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