

TI_GERICHTE 32.2017.116 vom 6. Juni 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.116

FR: TI_GERICHTE 32.2017.116 du 6 juin 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.116 del 6 giugno 2017

Regeste

Richiesta di una rendita AI respinta poiché il grado d'invalidità non raggiunge il 40%.
Conferma della perizia del SAM

Erwägungen

E. 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte

federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (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 che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di

accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.3. Con sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, destinate a pubblicazione, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è

presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. 2.4. Nel caso di specie l'insorgente contesta la valutazione medica operata dall'UAI rinviando ai certificati medici del proprio curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, prodotti in sede amministrativa, e chiede, in via subordinata, l'allestimento di una perizia giudiziaria. In concreto l'UAI ha fatto allestire una perizia medica pluridisciplinare (psichiatrica: dr. med. _____; reumatologica: dr. med. _____; neurologica: dr. med. _____) ad opera del SAM (pag. 256 e seguenti incarto AI). Nel referto del 23 marzo 2016 i periti, dopo aver elencato gli atti a disposizione ed aver descritto approfonditamente l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica, le affezioni attuali e le constatazioni obiettive, hanno posto la diagnosi di grave paresi alla gamba sinistra, diffusa con atrofia muscolare di tipo periferico, nell'ambito di una verosimile poliomielite in età infantile, sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica, prevalentemente a destra in alterazioni degenerative della colonna cervicale (discopatia C5-C6 con protrusione discale diffusa, restringimento recessale-foraminale a sinistra, alterazioni degenerative della colonna lombare (discopatia L4-L5 e L5-S1 con protrusione discale globale con piccola

focalità erniaria mediana L4-L5, protrusione discale globale con piccola focalità erniaria mediana L4-L5, protrusione discale mediana L5-S1), disturbi statici del rachide (iperlordosi della dorsale alta con protrazione del capo, iperlordosi lombare, ampia scoliosi sinistro-convessa toracale), dismetria degli arti inferiori, a sfavore della gamba sinistra su ipotrofia della gamba sinistra in probabili esiti da poliomielite, minimo deficit estensorio del ginocchio sinistro, contrattura in flessione della caviglia sinistra con piede cavo a sinistra, decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità e sindrome del disadattamento cronico (ICD 10, F43.2) con umore tendenzialmente depresso e la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di tendenza alla generalizzazione del dolore con sindrome algica generalizzata non spiegata da patologie organiche. Sulla base delle valutazioni mediche, i periti hanno evidenziato che la patologia psichiatrica determina una diminuzione del rendimento lavorativo del 20%, ritenuto che “ il quadro clinico è rimasto nel complesso invariato, con la sola eccezione di un breve periodo in autunno 2014, quando l’A. è stato ricoverato alla Clinica _____ ” (pag. 291 incarto AI). La patologia reumatologica pregiudica la capacità di carico e l’assicurato “ non può svolgere lavori pesanti mentre risulta normalmente abile al lavoro in un’attività che rispetti i limiti funzionali e di carico descritti dal consulente ” (pag. 291 incarto AI). Dal punto di vista neurologico il consulente ha accertato un’incapacità lavorativa del 20% “ intesa come diminuzione del rendimento per il normale tempo di lavoro, in un’attività sedentaria ” (pag. 292 incarto AI). I periti del SAM hanno stabilito che “ le percentuali di incapacità lavorativa per le patologie somatiche e per la patologia psichiatrica non devono essere sommate, bensì parzialmente integrate, per una compensazione vicendevole della diminuzione del rendimento lavorativo ” (pag. 292 incarto AI). I periti hanno quindi concluso che “ complessivamente riteniamo che le condizioni di salute dell’A. non abbiano subito modifiche importanti negli ultimi anni e che la capacità lavorativa residua attuale corrisponda a quella definita nel 2010, quando era stato riconosciuto un grado di invalidità del 30% ” (pag. 292 incarto AI). In seguito, rispondendo alle singole domande, i periti hanno affermato che l’assicurato è abile al lavoro nella misura del 70% in un’attività leggera e sedentaria (pag. 292 incarto AI), che l’insorgente da “ quando si è trasferito in Svizzera da oltre 15 anni fa non ha esercitato nessuna attività lavorativa. In un’attività leggera e sedentaria è abile al lavoro nella misura del 70% (normale tempo di lavoro con una diminuzione del rendimento del 30%) ” (pag. 293 incarto AI; cfr. anche pag. 294 incarto AI). Gli specialisti hanno ribadito che la capacità lavorativa dell’interessato è “ rimasta sostanzialmente invariata negli ultimi cinque anni ” (pag. 293 incarto AI). Come stabilito dalla perizia del SAM del 23 marzo 2016 e come emerso anche dall’accertamento effettuato dal TCA (doc. VI e VII; cfr. consid. 1.7 e 1.8), lo stato di salute del ricorrente dall’ultima decisione di merito dell’UAI, del 26 ottobre 2010 (pag. 136 incarto AI), è rimasto stazionario (pag. 292 incarto AI). Dal punto di vista reumatologico è infatti stata nuovamente accertata una completa abilità lavorativa in attività leggere (cfr. pag. 82 [perizia bidisciplinare del 19 aprile 2010] e 284 incarto AI [perizia pluridisciplinare del 23 marzo 2016]), mentre in ambito neurologico è stata ribadita la diminuzione del rendimento del 20% in attività adatte (cfr. pag. 117 incarto AI [perizia neurologica del 5 agosto 2010] e 289 incarto AI [perizia pluridisciplinare del 23 marzo 2016]). In ambito psichiatrico invece se nella precedente perizia del 21 dicembre 2009 il dr. med. _____ aveva ritenuto una capacità lavorativa totale (pag. 94 incarto AI [perizia bidisciplinare del 19 aprile 2010]), nel referto del 28 gennaio 2016 il medesimo perito ha accertato un’incapacità lavorativa del 20% (pag. 303 incarto AI). Egli tuttavia ha precisato che la condizione clinica dell’assicurato “ a parte la fase di esacerbazione coincisa con

l'ospedalizzazione in ambito specialistico avvenuta verso al fine del 2014 è risultata pressoché invariata avendo egli manifestato una sintomatologia ansioso depressiva di grado lieve nell'ambito della problematica del disadattamento cronica posta in evidenza ” (pag. 303 incarto AI, sottolineatura del redattore) e che la riduzione della capacità lavorativa esiste “ da anni con una evoluzione sostanzialmente cronica ” (pag. 304 incarto AI). Lo specialista ha affermato che l'insorgente, “ confrontato quindi con insormontabili difficoltà di inserimento egli sembra avere definitivamente rinunciato a credere nella possibilità di trovare una via per la sua realizzazione accontentandosi di vivere all'insegna di una passività esistenziale invero priva di scontentezze e di insoddisfazioni profonde associata ad una sintomatologia ansioso depressiva a decorso cronico che ha reso necessario un accompagnamento terapeutico di tipo specialistico dal '99 (recte: '09) fino ai giorni nostri. In questo contesto caratterizzato da vari problemi sociali, famigliari e soprattutto economici la situazione psichica dell'A. è rimasta pressoché invariata ” (pag. 303 incarto AI, sottolineatura del redattore). Il riconoscimento di un grado d'incapacità lavorativa del 20% in ambito psichiatrico è pertanto una diversa valutazione di uno stato valetudinario sostanzialmente stabile. Tant'è che anche il dr. med. _____, ha condiviso le diagnosi e le conclusioni figuranti nella perizia del SAM del 23 marzo 2016 (pag. 298 incarto AI), compresa la conclusione secondo cui le condizioni di salute dell'interessato non hanno subito modifiche importanti e complessivamente la capacità lavorativa residua attuale corrisponde a quella definita nel 2010 (pag. 292 incarto AI). A questo proposito il 18 agosto 2010 il medico SMR, dr. med. _____, preso atto della perizia bidisciplinare (psichiatrica e reumatologica) del 19 aprile 2010 (pag. 69 incarto AI) e della perizia neurologica del 5 agosto 2010 (pag. 112 incarto AI), aveva accertato una incapacità lavorativa in attività leggere, da intendersi come riduzione del rendimento (cfr. pag. 123 incarto AI), pari al 20%, dovuta alla patologia neurologica (pag. 123 incarto AI). Il medico SMR aveva pure rilevato che “ si tratta di una situazione ormai stabile da anni (...) ” (pag. 124 incarto AI). Con decisione del 26 ottobre 2010 l'UAI ha poi calcolato un grado d'invalidità del 30% (pag. 136 incarto AI). Accertato che i periti del SAM hanno ritenuto che “ complessivamente ” le condizioni di salute dell'insorgente non hanno “ subito modifiche importanti negli ultimi anni e che la capacità lavorativa residua attuale” corrisponde “a quella definita nel 2010, quando era stato riconosciuto un grado di invalidità del 30% ” (pag. 292 incarto AI), si può dunque ritenere, come rilevato dall'amministrazione il 30 gennaio 2018 (doc. VII) che laddove i periti del SAM hanno indicato un'incapacità lavorativa del 30%, abbiano in realtà inteso un'invalidità del 30%, ossia la perdita economica accertata con la decisione del 26 ottobre 2010. È pertanto a giusta ragione che il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver valutato l'intera documentazione medica a disposizione, il 29 marzo 2016 ha concluso per un'incapacità lavorativa del 20% da intendere quale riduzione del rendimento (pag. 328 incarto AI e doc. VII). A proposito del medico SMR non va 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 LPG A - 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). Del resto l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medica atta a sovvertire le convincenti conclusioni peritali, limitandosi a rinviare alle certificazioni del proprio curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, prodotte in sede amministrativa. A questo proposito, per quanto concerne la patologia psichiatrica, agli atti vi è un certificato del 30 settembre 2014 del dr. med. _____ (pag. 171 incarto AI), dove viene riassunta la situazione valetudinaria dell'interessato ed attestata una completa inabilità lavorativa, un rapporto breve di dimissione dell'8 novembre 2014 del dr. med. _____ della Clinica _____ al dr. med. _____ relativa al ricovero dal 20 ottobre 2014 all'8 novembre 2014 (pag. 201 incarto AI) ed il rapporto medico del 2 novembre 2015 del dr. med. _____ che attesta una totale incapacità lavorativa dal 2009 (pag. 236 e seguenti incarto AI). Si tratta di certificati medici generici, datati e anteriori all'allestimento del referto del SAM del 23 marzo 2016 e che non sono atti a sovvertire le valutazioni peritali del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia. Quest'ultimo, chiamato a stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, dopo aver visitato in due occasioni (il 13 gennaio 2016 ed il 27 gennaio 2016) l'assicurato, ha descritto nei minimi particolari l'anamnesi e l'esame psichico ed ha risposto alle questioni poste dall'AI, che tengono conto degli indicatori standard posti dal Tribunale federale nella sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281 (cfr. pag. 230-231 incarto AI) ed estesa con sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, destinate a pubblicazione, a tutte le malattie psichiche. Lo specialista, che ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento cronico (ICD 10-F 43.2), con umore tendenzialmente depresso, ha evidenziato come l'insorgente sia sempre stato collaborante assumendo regolarmente la terapia che gli è stata prescritta di riferimento e come fatta eccezione per il periodo che ha preceduto il ricovero ospedaliero e quello relativo alla durata della degenza presso la clinica psichiatrica, l'insorgente ha mostrato uno stato di salute sostanzialmente invariato che tiene conto della diagnosi. Il dr. med. _____, e con lui i periti del SAM, hanno preso cognizione dei certificati del dr. med. _____ e del ricovero presso la Clinica _____ (cfr. pag. 301 incarto AI [consulto dr. med. _____] e pag. 260, 261 e 267 incarto AI [perizia del SAM]) ed hanno espresso le loro valutazioni in piena conoscenza dell'intera documentazione medica. Tenendo inoltre conto del fatto che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio e che 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 (cfr. sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 consid. 3.5.1 con rinvio alla DTF 141 V 281 consid. 8), questo TCA, alla luce delle considerazioni sopra esposte, deve confermare le valutazioni peritali. In assenza di qualsiasi documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni peritali non vi è alcun motivo per distanziarsene. Anche perché l'insorgente non ha più prodotto alcunché in sede processuale. Se è vero che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio ed il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente (cfr. art. 61 LPGA), d'altra

parte questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell' obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira , Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJV) 1984 pag. 16; Kurmann , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz, in: Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali, Lugano 1993, pag. 1 seg). L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l' onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. In concreto in assenza di qualsiasi certificato medico specialistico che contesti la perizia del SAM non si giustifica dubitare delle conclusioni del referto del 23 marzo 2016. L'allestimento di una perizia medica giudiziaria si rivela di conseguenza superflua. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Resta da esaminare se l'UAI ha effettuato correttamente il raffronto dei redditi, peraltro non contestato dal ricorrente. 2.5. 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). In concreto a giusta ragione l'UAI ha utilizzato il reddito statistico evinto dalle tabelle RSS inerente un'attività semplice di tipo fisico o manuale. L'insorgente, da quando è in Svizzera, non ha infatti mai lavorato. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014 tirage_skill_level (NOGA08, RSS 2014; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), emerge 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; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) 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. 63'744.- (Fr. 5 '312 .- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2015 , si ottiene un salario di fr. 63'929.30 (fr. 63'744.-- : 103,2 x 103,5; cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2015 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: “ Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique ”), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'646.29 (fr. 63'929.30 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). 2.6. Per quel che concerne il reddito da invalido, 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 un'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 del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Come visto (consid. 2.5) il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo nel 2015 ammonta a fr. 66'646.29. Ritenuta la capacità lavorativa dell'80% e applicata la riduzione, generosa, del 15% (cfr. sentenza 8C_549/2016 del 19 gennaio 2017 dove il TF, in ambito di assicurazione contro gli infortuni, ha confermato la riduzione del 10% ad un assicurato capace al lavoro al 60% che chiedeva una riduzione maggiore [consid. 6]; sentenza 8C_418/2015 del 7 ottobre 2015 dove il TF ha confermato una riduzione del 10%, mentre il ricorrente ne chiedeva una del 25% [consid. 6.5]; sentenza 9C_191/2015 del 1° giugno 2015 dove il TF ha annullato la riduzione del 10% calcolata dal Tribunale cantonale sangallese perché le limitazioni derivanti dalla patologia psichica [possibilità di lavorare solo in certi luoghi, attività in cui non sia messo sotto pressione] erano già comprese nella riduzione del rendimento); sentenza 9C_845/2014 del 25 febbraio 2015 dove il TF ha accolto un ricorso dell'UAI che aveva calcolato un grado d'invalidità del 39% senza assegnare alcuna riduzione, allorché i giudici cantonali basilesi avevano ridotto del 10% il salario da invalido ed avevano assegnato all'assicurato un quarto di rendita [consid. 5.2]; sentenza 9C_248/2013 del 17 ottobre 2013 dove il TF ha confermato una riduzione del 10% per un assicurato abile al 50% nella precedente attività [consid. 3.5.3]; sentenza 9C_44/2011 del 1° settembre 2011 al consid. 5.4.1. dove per un assicurato capace al lavoro al 40% in attività leggere [consid. 4.1] a causa di una patologia cardiaca, è stata riconosciuta una riduzione del 10%), stabilita dal consulente in integrazione e rimasta incontestata (cfr. la tabella allestita il 24 aprile 2017 con le relative spiegazioni a pag. 355 e seguenti dell'incarto AI), il reddito da invalido si attesta a fr. 45'319.47 (fr. 66'646.29 x 80% a fr. 53'317.032 e poi ridotti del 15% a fr. 45'319.47). Raffrontando il reddito da valido di fr. 66'646.29 con quello da invalido di fr. 45'319.47, si ottiene un grado d'invalidità del 32% che non dà diritto ad alcuna rendita. È dunque a ragione che l'Ufficio AI non ha riconosciuto il diritto ad una rendita non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 40%. 2.7. 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). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico del ricorrente.