

## **TI\_GERICHTE 32.2017.60 vom 7. März 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-03-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.60](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.60)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.60 du 7 mars 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.60 del 7 marzo 2017

### **Regeste**

Riduzione rendita (da intera a mezza) in via di revisione. STCA di rinvio. Perizia SAM (psi, reuma e neuro). LAI-LAINF. NO Prozentvergleich ma raffronto dei redditi (ded. soc. 20%). Grado AI: 61%

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. 2.4. La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del

coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione invalidità per l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3).

## **E. 2.5**

Con decisione del 10 dicembre 2009, l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità a partire dal 1° luglio 2004, ritenendolo totalmente inabile al lavoro a partire dal giorno dell'infortunio del 25 luglio 2003, così come emerso dalla documentazione medica dell'assicuratore infortuni. Nelle motivazioni della decisione in questione, l'UAI ha tuttavia espressamente precisato che " dal 25.7.2003 (inizio dell'anno di attesa) la capacità lavorativa dell'assicurato è limitata in modo rilevante. In base alla situazione attuale è possibile riconoscere il diritto ad una rendita di invalidità. Al momento l'assicurato risulta ancora in cura e gli atti sui quali lo scrivente Ufficio ha basato il proprio giudizio non sono concludenti, non potendo quest'ultimo esprimersi in modo definitivo in merito alla residua capacità di guadagno. È pertanto reso attento in merito al fatto che rimane impregiudicata la possibilità di procedere ad una revisione (art. 17 LPGA), che potrà essere predisposta quando l'Ufficio AI disporrà della documentazione atta a permettere una valutazione approfondita e conclusiva della fattispecie " (pag. 75-77 incarto AI). Le circostanze appena esposte hanno giustificato, a quel momento, l'attribuzione di una rendita intera di invalidità. Si tratta ora di esaminare la situazione esistente fino al 7 marzo 2017 (momento in cui è stata emanata la decisione impugnata). Dalla documentazione agli atti emerge che l'assicurato si è sottoposto ad un periodo di accertamento professionale presso il Centro di accertamento professionale CAP di \_\_\_\_\_. Al termine del citato periodo di accertamento, nel rapporto del 7 ottobre 2011, il dr. \_\_\_\_\_ del CAP ha concluso che: " (...) Nonostante si siano evidenziate le risorse a livello cognitivo, le buone abilità manuali e le attitudini personali (affidabilità, impegno, puntualità, comprensione delle consegne, serietà e applicazione), l'importante danno alla salute e le conseguenze ad esso associate rendono difficilmente concretizzabile una reintegrazione professionale. Tutto il mercato lavorativo non qualificato risulta non accessibile, da una parte per il genere di mansioni (inadeguate a causa dell'impossibilità di alternare costantemente le posizioni di lavoro da seduta a eretta, della necessità di sollevare o trasportare pesi, del mancato rispetto delle regole ergonomiche), dall'altra per la necessità di resa produttiva (l'A. non è in grado di lavorare l'intera giornata e anche su un ipotetico tempo di lavoro parziale avrebbe un rendimento ridotto a causa della necessità di cambiare le posizioni e effettuare delle pause). Considerata la ridotta capacità lavorativa (stimata al massimo attorno ad un 50% in base a

quanto osservato praticamente) anche un percorso di riformazione professionale completa portante all'ottenimento di una nuova qualifica federale adeguata ai problemi di salute è da scartare. Quale unica via realizzabile si vedrebbe un tentativo di reinserimento lavorativo in attività a carattere amministrativo (ricezione, gestione delle comande o delle consegne, fatturazione), magari in contesti simili a quello da ultimo praticato e nel quale ha di conseguenza delle conoscenze. Con un adeguato e necessario supporto da parte dell'Assicurazione Invalidità e del datore di lavoro (periodo di accertamento iniziale, attribuzione di mansioni adeguate alle condizioni di salute, possibilità di effettuare dei momenti di sospensione dell'attività, acquisizione delle competenze specifiche al ramo delle quali è attualmente sprovvisto) si immagina possibile una reintegrazione dell'A. nel contesto produttivo. Una volta inserito e adeguatamente preparato alle mansioni affidategli le attitudini personali osservate durante l'accertamento gli permetteranno di farsi apprezzare; parallelamente ne trarrebbe beneficio anche la sua autostima (come d'altronde lo dimostra l'evoluzione positiva avuta nel mese trascorso al CAP). Si è coscienti che quanto sopra descritto rappresenta una situazione particolare, costruita su misura e non rappresentativa del mercato lavorativo normalmente accessibile, ma si ritiene valga la pena effettuare un tentativo. Conclusioni In questo caso un accompagnamento al reinserimento è indispensabile. La capacità lavorativa e di guadagno potrà essere infatti definita solo dopo aver trovato un datore di lavoro che, dopo una prova per valutare resa e salario, è disposto ad assumere il sig. RI 1. Resta una situazione aperta e di non facile risoluzione, ma speriamo si possa trovare una soluzione integrativa idonea, anche per permettere all'A. di ritrovare un po' di stimoli e di fiducia per il suo benessere personale futuro." (pag. 190 incarto AI) A seguito di tale accertamento, l'assicurato ha svolto una prova pratica di un mese presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che ha confermato, dal lato pratico, un rendimento del 50%, come emerge dal rapporto finale del 6 marzo 2013 della consulente IP incaricata (pag. 278 incarto AI). Nella già citata STCA 32.2014.123 del 7 luglio 2015 questa Corte non ha ritenuto affidabile la conclusione alla quale era giungo l'UAI e il SMR, rifacendosi alla valutazione eseguita dal CAP, di una capacità lavorativa residua del 50%, ritenuto che già gli stessi autori e firmatari del citato rapporto d'accertamento avevano espressamente indicato che la valutazione di una capacità lavorativa residua del 50% in un'attività di ricezionista senza dover compiere degli spostamenti " rappresenta una situazione particolare, costruita su misura e non rappresentativa del mercato lavorativo normalmente accessibile", aggiungendo che "la capacità lavorativa e di guadagno potrà essere infatti definita solo dopo aver trovato un datore di lavoro che, dopo una prova per valutare resa e salario, è disposto ad assumere il sig. RI 1". Ciò che tuttavia non è stato possibile realizzare, motivo per il quale la consulente IP ha espressamente indicato che "dal lato pratico, viene considerata un'abilità del 50%" (cfr. consid. 2.8 della citata STCA, cfr. pag. 402 e 403 incarto AI). In quell'occasione questo Tribunale ha concluso che, considerato il carattere "particolare" e "non rappresentativo del mercato lavorativo normalmente accessibile" dell'esigibilità lavorativa constatata dal profilo pratico dal CAP, risultava indispensabile per l'UAI disporre di una accurata valutazione peritale di natura medica, atta a stabilire la "reale" capacità lavorativa residua dell'assicurato sfruttabile sul mercato equilibrato del lavoro, tenuto conto dell'insieme delle patologie, di origine sia post-infortunistica, sia extra-infortunistica, che lo affliggono. A tale proposito il TCA ha evidenziato che, secondo un'affermata giurisprudenza federale, i dati medici permettono generalmente un apprezzamento oggettivo del caso, di modo che essi prevalgono sulle constatazioni compiute in occasione di uno stage d'osservazione professionale, le quali

sono suscettibili di essere state influenzate da fattori soggettivi legati al comportamento della persona assicurata nel corso dello stage (cfr. STF 9C\_891/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3, 9C\_426/2011 del 14 dicembre 2011 consid. 4.3 e 8C\_776/2009 del 19 luglio 2010 consid. 52 e riferimenti ivi menzionati; cfr. consid. 2.8 della citata STCA, cfr. pag. 403 incarto AI ). L'UAI ha quindi raccolto agli atti la perizia pluridisciplinare (con accertamenti medici di natura psichiatrica, reumatologica e neurologica) del SAM dell'11 luglio 2016 (pag. 539-589). 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, la descrizione della giornata e i reperti esami di laboratorio (segnatamente: ematologico, ematochimico, urine) e radiologici (segnatamente radiografie delle mani, delle spalle, dell'anca destra, del femore sitale e del ginocchio destro e una sonografia funzionale delle spalle bilateralmente), hanno sottoposto l'assicurato ad un consulto psichiatrico (dr.ssa med. \_\_\_\_\_), ad un consulto reumatologico (dr. med. \_\_\_\_\_) e ad un consulto neurologico (dr. med. \_\_\_\_\_).

Il 4 e il 18 maggio 2015 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in psichiatria, ha avuto dei colloqui con l'interessato della durata di 68 rispettivamente di 40 minuti. Nel suo rapporto dell'8 giugno 2016 (pag. 660-673 incarto AI) - dopo avere elencato gli atti medici su cui si è basata, esposti i dati clinici (esame clinico secondo AMDP 8-System; anamnesi; referto psichico), la descrizione di risorse e deficit secondo lo schema mini ICF APP, l'anamnesi psicofarmacologica, la descrizione di attività ed abitudini, il trattamento psichiatrico attuale, le constatazioni - la perita ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di: " DSM-V 296.32 disturbo depressivo maggiore, episodio ricorrente di gravità moderata con ansia ICD-10 F33.1 disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto. DSM-V 300.82 disturbo da sintomi somatici persistenti, moderato ICD-10 F45.4 disturbo somatoforme da dolore persistente ". La specialista ha riscontrato la presenza di un umore depresso con pessimismo verso l'eventuale evoluzione positive del futuro, specie per la presenza di dolore cronico, inibizione della carica vitale, dell'energia, la presenza di ansia psichica soggettiva e una quota anche di ansia somatica. Ha aggiunto anche che il sintomo somatico riportato dall'assicurato era confermato nel consulto del dr. med. \_\_\_\_\_ del 2.5.2016 in cui descriveva la presenza di una fibromialgia. Per la diagnosi di Disturbo da sintomi somatici / Disturbo somatoforme da dolore persistente, era necessaria la presenza di sintomi somatici associati a determinate caratteristiche psicologiche e non bastava più la presenza di sintomi somatici in assenza di una condizione organica che li motivi. Il sintomo somatico di per sé non aveva valenza diagnostica: veniva valutata l'esperienza che l'assicurato ha fatto di sé stesso nelle tre componenti della processazione cognitive (cosa penso di me in questa condizione), della risonanza emotiva (quale condizione emotiva sto vivendo), e della risposta comportamentale (quel è il mio comportamento in risposta a tutto ciò). L'assicurato infatti era pervaso da preoccupazioni riguardanti i sintomi fisici e la propria salute, preoccupazioni che andavano molto al di là di ciò che è generalmente considerato ragionevole, e così intense da causargli disagio/compromissione clinicamente significativa che richiedevano un'attenzione clinica. Queste preoccupazioni erano gravi e pervasive e persistevano a dispetto di esami medici negativi. Il disagio psicologico aveva raggiunto in quest'assicurato dimensioni tali da aver determinato una patologia psichiatrica cronicizzata, visto il lungo periodo di tempo dalla sua insorgenza. Secondo la perita il quadro motivava una capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico nell'attività da ultimo svolta come ricezionista e magazziniere del 70% per limitazioni di rendimento, in quanto presente una

deflessione de/tono dell'umore, ansia, facile affaticabilità, perdita di attenzione e concentrazione. La perita del SAM ha aggiunto che l'assicurato può svolgere altre attività con capacità lavorativa psichiatrica al 70%, in attività adatta, dove l'incidenza dello sforzo fisico sia minima, in quanto questo, visto la presenza di disturbo somatoforme da dolore persistente influiva negativamente sulla condizione psichica. La perita non ha riscontrato motivi di esclusioni, quali un disturbo fittizio e neppure un'esagerazione volontaria dei sintomi. La condizione da lei riscontrata rientrava nelle diagnosi da lei poste. Per contro, secondo lei, vi sono conseguenze di fattori non assicurati quali difficoltà economiche e fattori socioculturali. Secondo la perita del SAM l'assicurato presentava un tratto di personalità dell'affettività negativa (nevroticismo) in cui vi erano frequenti ed intense esperienze di diverse emozioni negative (ansia/depressione/timori) e manifestazioni interpersonali ad esse conseguenti, ed aveva sviluppato anche un disturbo depressivo che era frequente in comorbidità, ormai a suo parere la personalità era cronicizzata. I problemi che ostacolavano il reinserimento lavorativo erano dovuti al quadro clinico da lei ritrovato. L'assicurato necessitava di un ambiente di lavoro tollerante la sua lentezza dovuta alla condizione psicopatologica caratterizzata da anche rallentamento, facile stancabilità, ansia e irritabilità. Vi era presenza di un umore depresso con pessimismo verso l'eventuale evoluzione positiva del futuro, con inibizione della carica vitale e dell'energia, la presenza di ansia somatica e ansia anticipatoria, e le caratteristiche preoccupazioni pervasive del disturbo somatoforme, riguardanti sintomi algici e la propria salute. Il lungo periodo di inattività lavorativa avrebbe potuto aver intaccato le risorse personali, rendendo difficile il superamento del vissuto (ferita narcisistica) di ridotta efficienza fisica. Il dr. med.

\_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e reumatologia, ha peritato l'assicurato il 29 aprile 2016 e nel rapporto del 2 maggio seguente (pag. 674-684) ha riportato l'anamnesi (attuale, remota, per sistemi, familiare di rilevanza reumatologica, sociale recente), le limitazioni soggettive e i dati oggettivi (status e esami di radiologia). Quali diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa il reumatologo ha posto: 1. Sindrome da dolore cronico non specifica/fibromialgia – criteri diagnostici ACR 2010; 2. Sindrome da dolore cronico all'emibacino ds. con/su: - pregressa frattura dell'anello pelvico e dell'acetabolo ds. con lussazione dell'anca ds. e successive osteosintesi (1993, probabilmente 8-13.9.1993) - pregressa frattura complessa petrocanterica della diafisi femorale ds., osteosintesi con DHS al femore prossimale, osteosintesi con placca del terzo medio della diafisi, osteosintesi con lama placca femore distale ds., 25.7.2003, - pseudoartrosi, - pregressa asportazione del materiale di osteosintesi, riosteosintesi con trapianto osseo, 9.1 e 1.7.2004, - artrosi secondaria dell'anca ds., - pregressa AMO e posa di protesi totale all'anca ds., 10.10.2008, - scollamento precoce dello stelo in progressione. 3. Periartropatia omeroscapolare tendinotica cronica alla spalla ds. con/su: - rottura transmurale parziale del sovraspinato (sonografia del 29.4.2016). 4. Sindrome lombospondilogenica cronica con/su: - discopatia L5-S1, nessuna neurocompressione; 5. Gonartrosi tricompartimentale bilaterale incipiente. 6. Artrosi delle dita. In particolare il paziente presentava clinicamente e in radiologia convenzionale un'artrosi delle dita con noduli di Heberden e Bouchard. Tenendo conto della sindrome da dolore cronico/fibromialgia, i dolori cronici generalizzati e i disturbi del sonno con stanchezza influivano leggermente sul rendimento per qualunque attività ma soprattutto in attività molto impegnative sia fisicamente che mentalmente. I problemi meccanici rilevanti soprattutto a carico dell'anca destra ma anche della spalla destra riducevano in modo importante la capacità di carico e la possibilità dell'assicurato di mantenere la posizione eretta prolungata così come la possibilità di spostarsi ripetutamente o a lungo su

qualunque terreno ma in particolare su terreni accidentati e nel fare le scale. I problemi alla spalla destra limitavano i movimenti attorno e sopra l'orizzontale. I problemi alla schiena, al ginocchio e alle mani influivano in misura minore per quanto riguarda movimenti e sforzi che sollecitassero le regioni coinvolte. D'avviso del perito, come ricezionista e magazziniere, l'assicurato è inabile al lavoro nella misura del 50% come diminuzione del rendimento. Da un punto di vista reumatologico, secondo il perito, sarebbe possibile offrire all'assicurato provvedimenti di integrazione professionale in un'attività leggera e adatta al 50%. Il perito è dell'avviso che l'assicurato non è più in grado di svolgere lavori pesanti a mediamente pesanti o lavori che non rispettano le limitazioni poc'anzi elencate. In un'attività leggera e adatta vi è una capacità lavorativa del 50% dal 10 aprile 2009. Il perito ha riscontrato una discrepanza importante tra i sintomi e la valutazione clinica. Per quanto riguarda lo stato di salute dell'assicurato, il perito ritiene che vi è un verosimile lieve peggioramento che riguarda la lieve progressione dello scollamento dello stelo e il verosimile lieve ingrandimento della rottura del sopraspinato. Questi lievi cambiamenti non modificano sostanzialmente lo stato di salute dell'assicurato che può essere considerato invariato dal 2009 a oggi. Da un punto di vista reumatologico vi è un potenziale di integrazione professionale che potrebbe essere valorizzato attraverso un riallenamento al lavoro. L'assicurato presenta importanti limitazioni funzionali dovute al danno alla salute ma anche fattori non assicurati giocano un ruolo importante quali ostacoli alla reintegrazione. L'assicurato presenta un'amplificazione di sintomi di alto grado. I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti in parte al quadro reumatologico, in buona parte al quadro psichiatrico e anche a fattori non assicurati. L'11 maggio 2016 il dr. med.

\_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, ha riferito il suo parere dopo aver esposto l'anamnesi e gli esiti dell'esame neurologico (testa, collo e nervi cranici; arti superiori; arti inferiori; colonna vertebrale). Secondo il perito l'assicurato presenta una sindrome dolorosa cronica che coinvolge la regione lombo-sacrale, l'emibacino ds e l'arto inferiore ds prossimale, residua dopo due incidenti di circolazione nel 1993 e 2003 con frattura del cinto pelvico, dell'acetabolo ds, protesi totale dell'anca ds per coartrosi secondaria. Dal lato neurologico l'assicurato accusa da anni un'intermittente irradiazione sciatalgica, destra compatibile con un'irritazione radicolare L5 secondaria ad una protrusione discale medio-laterale ds L5-S1 alla RM del 3.2015, in assenza però di segni clinici di compressione radicolare per cui trattandosi di una componente dolorosa secondaria nel contesto clinico non ha visto indicazione a misure chirurgiche (dello stesso parere i colleghi del Servizio Neurochirurgia OCL che avevano visitato il paziente nel 4.2015). Quali altri problemi neurologici il paziente riferiva cervicalgie/cefalee ricorrenti di tipo spondilogeno-tensivo, un'anosmia residua dall'incidente del 1993, probabilmente secondaria a frattura della base cranica. Dal lato strettamente neurologico un'irritazione radicolare L5 ds non deficitaria con decorso fluttuante poteva giustificare un'incapacità lavorativa del 25% sia nell'attività abituale sia in attività adeguate dal 25 luglio 2003 (data del secondo incidente stradale), per una valutazione globale andava tenuto conto soprattutto dell'aspetto ortopedico e psichiatrico. Dalla perizia pluridisciplinare del Servizio Accertamento Medico risulta che le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM e la dr.ssa \_\_\_\_\_, il dr. med.

\_\_\_\_\_ e il dr. med. \_\_\_\_\_ avvenuta il 7 luglio 2016 alle ore 10.45. Sentiti quindi tutti i periti coinvolti, globalmente, nel rapporto peritale dell' 11 luglio 2016, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente: " 5 DIAGNOSI

5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: DSM-V 296.32 disturbo depressivo maggiore, episodio ricorrente di gravità moderata con ansia ICD-10 F33.1 disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto. DSM-V 300.82 disturbo da sintomi somatici persistenti, moderato ICD-10 F45.4 disturbo somatoforme da dolore persistente. Sindrome da dolore cronico all'emibacino ds. con/su: - pregressa frattura dell'anello pelvico e dell'acetabolo ds. con lussazione dell'anca ds. e successive osteosintesi (1993, probabilmente 8-13.9.1993) - pregressa frattura complessa pertrocanterica della diafisi femorale ds., osteosintesi con DHS al femore prossimale, osteosintesi con placca del terzo medio della diafisi, osteosintesi con lama placca femore distale ds., 25.7.2003, - pseudoartrosi, - pregressa asportazione del materiale di osteosintesi, riosteosintesi con trapianto osseo, 9.1 e 1.7.2004, - artrosi secondaria dell'anca ds. - pregressa AMO e posa di protesi totale all'anca ds., 10.10.2008, - scollamento precoce dello stelo in progressione. Periartropatia omeroscapolare tendinotica cronica alla spalla ds. con/su: - rottura trasmurale parziale del sovraspinato (sonografia del 29.4.2016). Sindrome lombospondilogenica cronica con/su: - discopatia L5-S1, - possibile irritazione radicolare L5 a ds. non deficitaria con decorso fluttuante. Gonartrosi tricompartmentale bilaterale incipiente. Artrosi delle dita delle mani.

5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Iperensione arteriosa sotto trattamento farmacologico. Iperuricemia. Dislipidemia. Sovrappeso (BMI ca. 29 kg/m<sup>2</sup>). Epatopatia. Asma bronchiale estrinseca. Dermatite. Cervicalgie e cefalee ricorrenti di tipo tensivo. Anosmia postraumatica." (pag. 564 e 565 incarto AI) I periti del SAM hanno puntualizzato che la psichiatra \_\_\_\_\_ ed il reumatologo \_\_\_\_\_ valutavano in parte la stessa patologia, cioè la sindrome dolorosa (disturbo somatico da dolore persistente, rispettivamente sindrome da dolore cronico/fibromialgia). Anche il neurologo nella sua valutazione si soffermava sulla sindrome dolorosa cronica. Il reumatologo ed il neurologo valutavano ambedue le patologie al rachide. Per questo motivo hanno deciso di integrare tra di loro le limitazioni della capacità lavorativa descritte dai loro consulenti (pag. 582 incarto AI). Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno quindi ritenuto che l'assicurato presenta una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto al 50%; le pause supplementari sono già state conteggiate) come ricezionista e magazziniere rispettando i limiti funzionali (risorse fisiche) descritti nella perizia dall'aprile 2009 (a sei mesi dall'intervento di posa della protesi all'anca ds.) e continua. La riduzione della capacità lavorativa è dovuta alla situazione meccanicamente sfavorevole dell'emibacino ds., alla rottura del sovraspinato alla spalla ds., le patologie al rachide, alla gonartrosi, all'artrosi delle dita delle mani. Dal punto di vista psichiatrico l'assicurato è limitato a causa della depressione del tono dell'umore, dell'ansia, della facile affaticabilità, della perdita di attenzione e concentrazione (pag. 582-583 incarto AI). Secondo i periti del SAM in un'attività rispettosa dei limiti funzionali (risorse fisiche) descritti nella perizia e nel consulto reumatologico l'assicurato presenta una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto al 50%; le pause supplementari sono già state conteggiate) dall'aprile 2009 (a sei mesi dall'intervento di posa della protesi all'anca ds.) e continua (pag. 583-584 incarto AI). I periti del SAM hanno quindi concluso che lo status dell'assicurato è rimasto sostanzialmente invariato dall'aprile 2009 ed hanno consigliato un riallenamento al lavoro, essendo RI 1 lontano dal mondo del lavoro da parecchio tempo (pag. 585 incarto AI). Nell'annotazione del 14 luglio 2016, il medico SMR, \_\_\_\_\_, ha osservato che la perizia plurispecialistica del SAM confermava un'inabilità lavorativa totale nella sua precedente attività dal luglio 2003 e

un'inabilità del 50% in attività adeguate ergonomicamente per ridotto rendimento lavorativo in quadro clinico descritto come stabile e cronicizzato dall'aprile 2009 (sei mesi post-operatori), puntualizzando che non erano da attendersi ulteriori e maggiori abilità nel futuro (pag. 690 incarto AI). Su esplicita richiesta del 19 luglio 2016 del funzionario AI (pag. 691 incarto AI), nel rapporto finale del 4 agosto 2016, il precitato medico SMR, dopo aver ripreso del diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa poste dai periti del SAM, ha fissato un'inabilità lavorativa totale nella sua precedente attività dal luglio 2003 e un'inabilità del 50% (intesa come riduzione di rendimento) in attività adeguate dall'aprile 2009 (sei mesi post-operatori), puntualizzando un carico massimo di 5 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (inclusa), nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari. Il medico SMR ha osservato che lo stato di salute dell'assicurato era migliorato e che il quadro era da considerare stabilizzato senza aspettativa di ulteriori miglioramenti futuri significativi. Nelle "osservazioni conclusive" ha rilevato che il "SAM codifica attualmente un'esigibilità residuale parziale a 6 mesi dall'operazione eseguita mentre antecedentemente (vedi rapporto finale SMR con visita del 9.7.2013) era considerata esigibilità parziale solo dopo la prova di lavoro eseguita su circa 4 settimane" (pag. 693-698 incarto AI). In fase di osservazioni al progetto di decisione, nell'annotazione del 21 febbraio 2017, il medico SMR, \_\_\_\_\_, ha osservato che: "allora riduzione delle prestazioni erano dovute a obbiettivo miglioramento clinico funzionale (come dalla valutazione con visita medica SMR del 9.7.2013 alla pag. 8/11) ed ora dopo SAM del 12.7.2016 come obbiettivo dalla funzionalità ivi esposta). In quanto alla cumulabilità o meno delle limitazioni in attività adeguata allo scopo di potersi al meglio esprimere al riguardo senza dubbi sulla % esposta ricordo che esse sono state discusse in teleconferenza tra i medici specialisti coinvolti come ben descritto alla pag. 151 del SAM. Non vi sono quindi dal punto di vista esclusivamente medico per cambiamenti delle esigibilità già poste nel rapporto finale SMR" (pag. 723 incarto AI). 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.

#### **E. 2.12**

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). In circostanze particolari, si può infatti ricorrere ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222

consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico, segnatamente qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario percepito non corrispondesse manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; ad esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (cfr. sentenza 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti; sentenza 9C\_348/2016 del 7 dicembre 2016 consid. 3.2.3; Su questo tema vedi anche D. Cattaneo, " Rassegna di sentenze recenti nel diritto delle assicurazioni sociali ", in : Rivista ticinese di diritto, I-2017, pag. 342). 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).

### **E. 2.12.1**

Per quanto concerne il reddito da valido, se non fosse subentrato il danno alla salute e avesse continuato a svolgere la sua abituale attività lavorativa (magazziniere-ricezionista), l'assicurato avrebbe potuto percepire un salario annuo lordo di fr. 69'000.- (inclusa tredicesima) per l'anno 2016, sulla base delle indicazioni fornite dall'ultimo datore di lavoro (pag. 699 incarto AI). Contrariamente a quanto auspicato dal patrocinatore dell'assicurato non può essere preso in considerazione il reddito da valido di fr. 72'970.- accertato per il 2012 in ambito LAINF dall'\_\_\_\_\_ e confermato da questa Corte nella già citata STCA 35.2013.52 del 28 luglio 2014 (cfr. pag. 612 incarto LAINF), aggiornato al 2016, poiché in quell'occasione il TCA aveva considerato la variante più favorevole all'assicurato già ritenuta dall'assicuratore sociale (cfr. pag. 612 incarto LAINF). Il TCA rileva che non ha motivo di scostarsi dal dato accertato presso l'ex datore di lavoro dell'assicurato. Il "reddito da valido" quale " magazziniere-ricezionista" per il 2016 è, pertanto, fissato a fr. 69'000.- .

2.13. 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. 2.13.1. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile (al 50%: cfr. consid. 2.8), per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. Basandosi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014\_tirage\_skill\_level Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; DTF 142 V 178), si osserva 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; STF 9C\_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato corrisponde ad un importo di Fr. 63'744.- (Fr. 5'312.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere le indennità giornaliere (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini un indice totale pari al 100 per il 2010. Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2014 (Tabella TA1 2014) e non al 2010,

perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2014 e poi aggiornarlo direttamente al 2016. Pertanto, si ha che il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2016 a Fr. 64'299,91 ( Fr. 63'744.- : 103,2 x 104,1) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/evoluzione-salari.assetdetail.255182.html> ; STF 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 ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 ( cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2016: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-travail/heures-normal-es-statistique-duree-normale-travail.assetdetail.233104.html> ) utilizzando il dato del 2016 il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'032.65 ( Fr. 64'299.91 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a; cfr. STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017, consid. 2.9). Di conseguenza, considerata un'esigibilità lavorativa del 50% (cfr. consid. 2.8), il reddito da invalido corrisponde a fr. 33'516.32 (fr. 67'032.65:100x50). Il "reddito da invalido" per il 2016 è, pertanto, fissato a fr. 33 '516.32 . 2.13.2. 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 . 2.13.3. Nel caso di specie l'UAI, che ha applicato il cosiddetto " Prozentvergleich ", non ha proceduto ad alcuna ulteriore deduzione. Tuttavia, nel raffronto dei redditi del 3 gennaio 2017 (pag. 700 e 701 incarto AI), l'UAI ha riconosciuto una deduzione sociale del 15% (per attività leggere e

svantaggi particolari derivanti da contingenze particolari ). A mente del patrocinatore dell'assicurato la deduzione sociale del 10% per attività leggere innalzata tra un minimo del 15% ad un 20% per tenere conto del fatto che il suo cliente non lavora più da 14 anni, ha raggiunto e superato i 50 anni di età e, quantunque la presenza sul posto di lavoro possa essere a tempo pieno, la resa è del 50%. Val 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 lohn erhöhend 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; cfr., sul tema, pure la STCA 32.2017.63 del 6 novembre 2017, consid. 2.8 e rinvii ivi citati). 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 9 C\_359/2014 del 5 settembre 2014 il TF ha ribadito che allorquando vi è una capacità lavorativa a tempo pieno ma con una flessione del rendimento, quest'ultima viene presa in considerazione nella fissazione della capacità lavorativa e non vi è motivo di effettuare un'ulteriore riduzione per la stessa ragione: "(...) En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C\_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C\_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). (...)" (STF 9C\_359/2014 del 5 settembre 2014 consid. 5.4). L'Alta Corte si è confermata in questa giurisprudenza anche nelle STF 9C\_635/2016 del 14 dicembre 2016 consid. 4.3 e 9C\_603/2015 del 25 aprile 2016 consid. 8.1 (cfr. STCA 32.2016.10 del 23 gennaio 2017, consid. 2.8.2.). D'altra parte va considerato che l'assicurato può eseguire solo determinati lavori leggeri (individuati dal CIP nel rapporto del 2 gennaio 2017; pag. 709 incarto AI) rispettosi dei limiti funzionali fisici (reumatologici e neurologici) e psichici individuati dai periti del SAM, in particolare necessita di un ambiente tollerante la sua lentezza dovuta alla condizione psicopatologica caratterizzata anche da rallentamento, facile stancabilità, ansia e irritabilità. A ciò aggiungasi che non lavora più dal 25 luglio 2003 (e, quindi, da ben addirittura quasi 14 anni al momento determinante di emissione della decisione del 7 marzo 2017) e che, come rilevato dalla perita del SAM, il lungo periodo di inattività lavorativa avrebbe potuto aver intaccato le risorse personali, rendendo difficile il superamento del vissuto di ridotta efficienza fisica. Tant'è che i periti del SAM hanno consigliato un riallenamento al lavoro, essendo RI 1 lontano dal mondo del lavoro da parecchio tempo. Globalmente, e tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto, il TCA ritiene che una decurtazione sociale del 20%, così come peraltro già statuito in ambito LAINF, sia adeguata

e tenga debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Il reddito da invalido di fr. 33'516.32 (cfr. consid. 2.13.1), tenuto conto di una decurtazione sociale del 20%, ammonta dunque a fr. 26'813.05. 2.14. Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 26'813.05 annui al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute, e cioè fr. 69'000.- annui (cfr. consid. 2.12.1) - è del 61,14% arrotondato al 61% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. C'è ciò che corrisponde a tre quarti di rendita. Al ricorrente spetta dunque una rendita di tre quarti in luogo della mezza rendita d'invalidità versata dall'UAI a decorrere dal 1° settembre 2014. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- vanno poste a carico dell'assicurato nella misura di fr. 250.- e dell'UAI nella misura di fr. 250.-.

#### **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). 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 (consider. 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). 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 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente 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: " (...)

#### **E. 4.2**

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten 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. In altre due sentenze 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, destinate alla pubblicazione, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, ivi comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del Tribunale federale secondo cui le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere 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. 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 dell'11 luglio 2016 effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI. In particolare, il TCA non ha ragioni per scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dai periti del SAM nel rapporto del 2 maggio 2016 riguardante il consulto reumatologico con il dr. med. \_\_\_\_\_ e nel rapporto dell'11 maggio 2016 riguardante il consulto neurologico con il dr. med. \_\_\_\_\_. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario. Il TCA non ha neppure motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dalla perita psichiatra del SAM, dr. med.

\_\_\_\_\_ , nel rapporto dell'8 giugno 2016, sulla base della diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa posta di: " DSM-V 296.32 disturbo depressivo maggiore, episodio ricorrente di gravità moderata con ansia ICD-10 F33.1 disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto. DSM-V 300.82 disturbo da sintomi somatici persistenti, moderato ICD-10 F45.4 disturbo somatoforme da dolore persistente ". Le opinioni della dr. med. \_\_\_\_\_ , specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, (in particolare, quelle del 5 marzo 2016: pag. 528-530) sono state debitamente prese in considerazione e analizzate dalla perita del SAM nel rapporto dell'8 giugno 2016 (pag. 660-673 incarto AI). D'altra parte la valutazione dello psichiatra curante (in particolare, del 5 marzo 2016 e, quindi, in ogni caso antecedente alla perizia del SAM), seppur divergente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente (IL 100% dal 25 luglio 2003 e continua), non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito psichiatra (ponendo una diagnosi pressoché analoga, ovvero " Sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di gravità media, con sindrome biologica F: 33.11 ") e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla sua capacità di lavoro. In siffatte circostanze, le censure ricorsuali (in particolare le richieste di delucidazioni) sollevate dal patrocinatore dell'insorgente al riguardo devono essere respinte. Tanto più che neppure il rappresentante dell'assicurato è stato in grado di evidenziare validi motivi atti ad imporre al TCA di scostarsi dall'apprezzamento espresso dalla perita del SAM. D'altra parte la valutazione della specialista del SAM non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere del rappresentante legale dell'assicurato, che ha il valore di una semplice dichiarazione di parte e non può quindi essere condivisa dal TCA. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Val qui pure la pena di osservare che la dr. med. Ma \_\_\_\_\_ non ha applicato la presunzione secondo cui i disturbi psichiatrici possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile e non si è limitata a rilevare che le problematiche psichiatriche di cui soffre l'assicurato non sono resistenti alla terapia, ma ha verificato l'incapacità lavorativa di RI 1 sulla base di una valutazione puntuale ed oggettiva. In siffatte circostanze, le censure ricorsuali sollevate dal patrocinatore dell'insorgente al riguardo della perizia psichiatrica del SAM devono essere respinte. 2.9. Sempre dal profilo medico, il patrocinatore dell'insorgente ha criticato inoltre l'operato dell'UAI perché non sarebbero conosciuti i motivi per i quali il rallentamento di cui alla patologia psichiatrica accertata dalla perita del SAM sia interamente assorbito da quello organico discendente dalla limitazione appurata dal perito reumatologo del SAM. Ciò che, a suo avviso, sarebbe improponibile. Inoltre, secondo l'avvocato, non sarebbe possibile che la capacità lavorativa cumulata a seguito delle tre patologie possa essere inclusa in quella massima conseguente alle affezioni reumatologiche, che sono di natura organica ed i limiti in essa insiti non possono tenere presente anche gli aspetti psichiatrici. Dalla perizia pluridisciplinare del Servizio Accertamento Medico risulta che le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM e la dr.ssa \_\_\_\_\_ , il dr. med. \_\_\_\_\_ e il dr. med. \_\_\_\_\_ avvenuta il 7 luglio 2016 alle ore 10.45. Nella valutazione peritale dell'11 luglio 2016, gli specialisti del SAM

hanno puntualizzato che la psichiatra \_\_\_\_\_ (che, giova qui ricordare, ha riconosciuto una IL del 30%) ed il reumatologo \_\_\_\_\_ (che, val qui la pena ribadire, ha riconosciuto una IL del 50%) valutavano in parte la stessa patologia, cioè la sindrome dolorosa (disturbo somatico da dolore persistente, rispettivamente sindrome da dolore cronico/fibromialgia). Anche il neurologo (che ha riconosciuto una IL del 25%) nella sua valutazione si soffermava sulla sindrome dolorosa cronica. Il reumatologo ed il neurologo valutavano ambedue le patologie al rachide. Per questo motivo hanno deciso di integrare tra di loro le limitazioni della capacità lavorativa descritte dai loro consulenti (pag. 582 incarto AI). Il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dai periti del SAM al termine della discussione globale tenutasi in teleconferenza il

## **E. 7**

luglio 2016 alle ore 10.45. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 246 e ss.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata il 7 luglio 2016 dai periti del SAM, specialisti che ha personalmente visitato l'assicurato e che vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Le censure sollevate dal patrocinatore dell'insorgente al riguardo devono dunque essere respinte. Tanto più che neppure il patrocinatore dell'assicurato è stato in grado di evidenziare validi motivi atti ad imporre al TCA di scostarsi dall'apprezzamento espresso dai periti del SAM. D'altra parte la valutazione degli specialisti del SAM non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere del rappresentante legale dell'assicurato, che ha il valore di una semplice dichiarazione di parte e non può quindi essere condivisa dal TCA. Il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dai periti dell'amministrazione con riferimento alla capacità lavorativa medico-teorica globale, in particolare, in un'attività adeguata (50%, intesa come riduzione di rendimento, dall'aprile 2009, ovvero sei mesi post-operatori). Questa conclusione è peraltro stata fatta propria anche dal medico SMR nel rapporto finale del 4 agosto 2016 di cui si è pure già ampiamente detto al consid. 2.5. 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 LPG - 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-assicurative, 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). In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione SAM 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, dell'assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dalla specialista del SAM, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata (in concreto: il 7 marzo 2017) data 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 in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti funzionali indicati dai periti del SAM) presenta un'incapacità lavorativa del 50% (intesa come riduzione di rendimento) dall'aprile 2009 (ovvero sei mesi post-operatori) e continua. 2.10. Va inoltre rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). 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 che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare al 50% (riduzione di rendimento). D'altra parte il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C\_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). Nella valutazione del 2 gennaio 2017, la Consulente IP, \_\_\_\_\_, ha osservato che, come già esposto in passato e definito dal CAP, può entrare in considerazione un'attività in ambito amministrativo, in particolare possono entrare in considerazione tutte quelle attività semplici quali addetto qualità/imballaggio/ confezione in un settore industriale orologiai, settore farmaceutico e settore prodotti plastici (pag. 709 incarto AI). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da tali considerazioni. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario. Inoltre, quanto alla possibilità di reintegrazione senza la necessità di provvedimenti professionali, questo Tribunale condivide la conclusione (rimasta incontestata) della consulente in integrazione professionale che, nella valutazione del 2 gennaio 2017 ha stabilito che, ritenuta l'età (uomo 50enne) la e residua capacità lavorativa, non si entrava nel merito di una riqualifica professionale, ma si rimaneva a disposizione, se l'assicurato lo desiderava e previa richiesta scritta, per un aiuto al collocamento (pag. 708-710). In esito alle considerazioni che precedono, questa Corte ritiene che la capacità lavorativa residua del ricorrente, ritenuta dall'UAI nulla al momento della decisione del 12 dicembre 2009 sulla base di un'IL al 100% accertata in ambito LAINF dal 25 luglio 2003 (data in cui all'assicurato è occorso il secondo incidente), è migliorata, così come correttamente ritenuto dall'UAI (IL 50%, intesa come riduzione di rendimento, in attività adeguate), sulla base di quanto accertato prima dal SAM e confermato poi dal medico SMR, nella decisione del 7 marzo 2017. In siffatte circostanze, le censure ricorsuali sollevate dal patrocinatore dell'insorgente al riguardo devono essere respinte. 2.11. Occorre ora esaminare se anche la capacità di guadagno dell'assicurato ha subito un miglioramento tale da giustificare la riduzione della rendita intera di invalidità di cui beneficia dal 1° luglio 2004. Preliminarmente occorre rilevare che il ricorrente contesta il calcolo effettuato dall'UAI e meglio l'applicazione della cosiddetta " Prozentvergleich ", ossia la deduzione

del tasso di incapacità al guadagno direttamente dal grado di incapacità lavorativa del 50% nella precedente (e in ogni altra) professione e la rinuncia ad effettuare un raffronto dei redditi di riferimento. Egli ritiene che quale reddito da valido occorre prendere in considerazione l'importo di fr. 78'115.- (corrispondente al salario da valido di fr. 74'648.- accertato dalla \_\_\_\_\_ nella propria decisione di rendita per il 2003, aggiornato al 2016) e che quale reddito da invalido vada tenuto conto di un importo di di fr. 32'783.- (determinato secondo la TA 1 2012, attività semplici e ripetitive, operando successivamente una decurtazione del 50% per tenere conto della riduzione della capacità lavorativa), a cui va operata un'ulteriore decurtazione tra il 15-20% a titolo di deduzione sociale per tenere conto che può eseguire solo attività leggere, che non lavora più da 14 anni, che ha raggiunto e superato i 50 anni di età e che, quantunque la presenza sul posto di lavoro possa essere a tempo pieno, la resa è del 50%; doc. I). Questo Tribunale ritiene che l'UAI non potesse applicare al caso di specie la cosiddetta " Prozentvergleich " già solo per il fatto che il medico SMR, nel proprio rapporto finale del 4 agosto 2016, dopo aver ripreso del diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa poste dai periti del SAM, ha fissato un'inabilità lavorativa totale (100%) nella sua precedente attività (magazziniere-ricezionista) dal luglio 2003 e un'inabilità del 50% (intesa come riduzione di rendimento) in attività adeguate dall'aprile 2009 (pag. 693-698 incarto AI). Tenuto conto della giurisprudenza vigente in materia di " Prozentvergleich " (cfr., sul tema, tra le tante, STCA 32.2016.35 del 13 febbraio 2017, consid. 2.5.2), questo Tribunale ritiene in ogni caso che alla presente fattispecie non può essere applicato il confronto percentuale (" Prozentvergleich "). In concreto, le condizioni per eccezionalmente far capo al confronto percentuale (" Prozentvergleich ") non sono infatti date. L'assicurato, di formazione elettrauta ed in seguito magazziniere-ricezionista, non ha più lavorato dal 25 luglio 2003 (inabile al 100% a causa delle lesioni riportate in occasione del secondo incidente stradale occorsogli) e poi è stato licenziato (cfr. sentenza 9C\_225/2016 del 14 luglio 2016 e sentenza 8C\_294/2008 del 2 dicembre 2008). Egli inoltre non ha più ripreso una nuova attività lucrativa che gli permette di sfruttare in maniera completa e ragionevolmente esigibile la capacità lavorativa residua (cfr. sentenza 9C\_310/2009 del 14 aprile 2010; sentenza 8C\_294/2008 del 2 dicembre 2008). In concreto, non vi sono inoltre difficoltà nel calcolare il grado d'invalidità sulla scorta del raffronto dei redditi poiché il salario che l'interessato avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute può essere determinato sulla base delle indicazioni fornite dall'ultimo datore di lavoro (pag. 699 incarto AI) ed il salario da invalido può essere determinato sulla base dei dati statistici salariali ISS (cfr. sentenza 9C\_225/2016 del 14 luglio 2016; sentenza 9C\_310/2009 del 14 aprile 2010 e sentenza 8C\_294/2008 del 2 dicembre 2008). Tanto più che il consulente in integrazione professionale, ossia la persona più indicata per verificare quali attività siano possibili alla luce degli accertamenti medici, nel rapporto finale del 2 gennaio 2017 ha indicato quale attività esigibile adeguata un lavoro in ambito amministrativo, in particolare tutte quelle attività semplici quali addetto qualità/imballaggio/confezione in un settore industriale orologiai, settore farmaceutico e settore prodotti plastici (pag. 709 incarto AI). In concreto, sia il salario da valido che quello da invalido sono pertanto agevolmente determinabili. Tant'è che l'UAI ha proceduto al raffronto dei redditi (tenuto conto dei dati forniti dall'ex datore di lavoro dell'assicurato; cfr. pag. 699 incarto AI) in data 3 gennaio 2017 (pag. 700 e 701 incarto AI).

## **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 succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare al 50% (riduzione di rendimento).

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%).

Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere le indennità giornaliere (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; STCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini un indice totale pari al 100 per il 2010.

Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2014 (Tabella TA1 2014) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2014 e poi aggiornarlo direttamente al 2016. Pertanto, si ha che il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2016 a Fr. 64'299,91 (Fr. 63'744.-: 103,2 x 104,1) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costi-lavoro/evoluzione-salari.assetdetail.255182.html>; STF8C\_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana.

Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid.

4.4;cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2016:<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.assetdetail.233104.html>) utilizzando il dato del 2016 il salario lordo medio ipoteticonazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'032.65 (Fr. 64'299.91 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a; cfr. STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017, consid. 2.9).Di conseguenza, considerata un'esigibilità lavorativa del 50% (cfr. consid. 2.8), il reddito da invalido corrisponde a fr. 33'516.32 (fr. 67'032.65:100x50).

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