

## **TI\_GERICHTE 32.2017.73 vom 27. März 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-03-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.73](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.73)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.73 du 27 mars 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.73 del 27 marzo 2017

### **Regeste**

Nuova domanda di prestazioni. Viste le risultanze mediche (confermata la perizia del SAM), la reintegrabilità lavorativa in un mercato del lavoro equilibrato e la valutazione economica (confronto dei redditi), a ragione l'amministrazione ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni

### **Erwägungen**

#### **E. 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). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. 2.5. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, fino al 31 dicembre 2011 cpv. 3 e 4 OAI). Il TFA, nella DTF 133 V 263, chiamato a pronunciarsi nel caso di nuova domanda presentata dopo l'assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha precisato la propria giurisprudenza e stabilito che in una tale evenienza la nuova domanda deve rispettare i requisiti posti dall'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI. Scopo di questo requisito è quello di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86). Se l'amministrazione entra nel

merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115, vedi anche STF 9C\_80/2013 del 18 settembre 2013 consid. 3.2). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1. gennaio 2003, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1. marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Al riguardo nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Va ancora rilevato che nella STF 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che "(...) se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). (...)" (regesto della DTF 141 V 9). 2.6. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.2), l'Ufficio AI è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni del mese di ottobre 2015. L'amministrazione ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 191/643-646, 192/647 e 195/652-653). Nella "richiesta perizia" del 3 maggio 2016 (doc. AI 190/641-642) il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha infatti evidenziato: "(...) Assicurato valutato nel 2010 a livello ortopedico, neurologico e psichiatrico. Allora impedimento primariamente a livello delle anche [ndr. recte: anche] (osteonecrosi delle teste femorali bilateralmente). Intervento di protettizzazione ritenuto esigibile, assicurato ritenuto (se avesse operato le anche) abile al

85% quale magazziniere (lieve impedimento derivante dalle problematiche lombari e cervicali). Ritenuto abile al 60% in attività confacente con seguente grado AI 21% e quindi rifiuto (decisione confermata con sentenza TCA del 10.10.2011. Attuale nuova domanda 10.2015: Assicurato sottoposto ad impianto di protesi bilaterale con decorso protratto ma favorevole (trattamento antibiotico prolungato). Dall'attuale documentazione risulta presenza di osteocondrosi lombare con conflitto L5 a destra in progressione alla RM del 30.10.2015. Valutazione: In considerazione peggioramento a livello della colonna lombare con possibile problematica lomboradicolare si impone rivalutazione del caso per stabilire attuale esigibilità lavorativa. (...)" (doc. AI 190/641). Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 6 dicembre 2016 (doc. AI 202/692-765), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: **Sindrome cervicospindilogenica cronica bilaterale con/su:** - alterazioni degenerative plurisegmentali cervicali note tra C3 e C7, con substenosi del canale spinale, con ernia discale intraforaminale a carico della radice C6 a ds. ed in minor misura della radice di C4 a ds. (MRI cervicale dell'1.12.2009), - disturbi statici del rachide (iperlordosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale), - decondizionamento e sbilancio muscolare. **Sindrome lombospindilogenica cronica bilaterale con/su:** - pregressa decompressione microchirurgica L5-S1, per sindrome parziale della cauda equina, associata a radicolopatia iperalgica S1 a ds. per voluminoso lussato erniario, nel gennaio 1995, - minimi deficit residui di tipo S1 a ds. senza deficit motori (diminuzione del riflesso achilleo a ds.), - alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (osteocondrosi multisegmentaria con spondilartrosi), - disturbi statici del rachide (iperlordosi lombare con scoliosi destroconvessa), - protrusione discale L3-L4 e L5-S1 a ds. (MRI del 30.10.2016), - decondizionamento e sbilancio muscolare, - obesità (BMI ca. 31,8 kg/m<sup>2</sup>). **Dolori coxogeni bilaterali di non chiara eziologia con/su:** - pregressa decompressione con trapianto di spugnosa alle teste femorali bilaterali, per necrosi asettica delle teste femorali, il 2.7.1997, - impianto di protesi totale all'anca ds. per grave coxartrosi secondaria, l'11.12.2013, - impianto di protesi totale all'anca sin. per grave coxartrosi secondaria, il 6.5.2015, - pregressa revisione della ferita, toilette e débridement, sostituzione della testa femorale a sin., il 20.5.2015, - obesità (BMI ca. 31,8 kg/m<sup>2</sup>). **Periartropatia omeroscapolare bilaterale.** 5.2 **Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:** **Pregressa sindrome del tunnel carpale a ds., attualmente non sintomatica.** **Diabete mellito di tipo 2 non trattato farmacologicamente.** **Obesità (BMI ca. 31,8 kg/m<sup>2</sup>).** **Dislipidemia (ipercolesterolemia).** **Alluce valgo bilaterale. (...)" (doc. AI 202/715-716). Alla luce degli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) L'A presenta una capacità lavorativa dell'80% come commerciante d'automobili. (...)" (doc. AI 202/724) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8 **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** 8.1 **Capacità di lavoro nell'attività abituale** 8.1.1 **A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? La limitazione della capacità lavorativa è dovuta ai problemi reumatologici, in primis al rachide.** 8.1.2 **Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. In percentuale.** 8.1.2.1 **Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa****

come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto (capacità lavorativa dell'80%). 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. --- 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Dal 20 agosto 2015 (a 3 mesi dall'ultimo intervento all'anca sin.) e continua. A causa degli interventi alle anche bilateralmente l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% durante 3 mesi, a partire dall'11.12.2013 sino al 10.3.2014 e poi dal 6.5.2015 sino al 19.8.2015 (a 3 mesi dopo il 2° intervento all'anca sin.). Per il periodo intermedio fra interventi alle anche fa stato la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ (visita del 14.4.2010, perizia del 19.4.2010) che aveva codificato una capacità lavorativa come commerciante d'automobili durante 4 - 6 ore il dì. 9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Deve trattarsi di un'attività rispettosa dei limiti funzionali di carico, descritti dal reumatologo (vedansi il nostro punto 6 e l'allegato consulto reumatologico). 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. In percentuale (rispettivamente in ore). 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. 100%. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. 8 - 8,5 ore. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Non abbisogna di pause supplementari. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? Dal 20.8.2015 (a 3 mesi dal 2° intervento all'anca sin.) e continua. L'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% a causa degli interventi alle anche dall'11.12.2013 al 10.3.2014 e dal 6.5.2015 al 19.8.2015. Nel periodo intermedio presentava una capacità lavorativa del 100% in attività adatte. 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 90%. 9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione? Sì! 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Bisogna tener conto dei limiti funzionali descritti dal consulente in reumatologia. 9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Se sì, in che misura? Dal punto di vista medico-teorico non ve ne sono. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Lo stato di salute è rimasto invariato negli ultimi tempi. Si consiglia un riallenamento progressivo al lavoro, essendo l'A. lontano dal mondo lavorativo da parecchio tempo. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel corso degli anni? Buona. 9.3.2 Adeguatezza della terapia attuale secondo le linee guida. Eventuali proposte terapeutiche? Dal lato

terapeutico si consiglia un calo ponderale per diminuire il carico sul rachide sugli arti inferiori e superiori. Si consiglia di rinforzare e riequilibrare la muscolatura della colonna vertebrale, in particolare del corsetto Iombo-addominale e della muscolatura del cingolo pelvico come auspicato dai curanti dell'A. (specialisti in neurochirurgia e ortopedia). Inoltre è da rivalutare il trattamento analgesico.

9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.? Il sopraccitato trattamento migliorerà la qualità di vita dell'A. ma non necessariamente la capacità funzionale e di carico residuo.

9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10 COERENZA

10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. Non abbiamo constatato evidenti discrepanze fra la sintomatologia, l'anamnesi e la valutazione clinica. 11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

11.1 Altri quesiti del medico SMR. Abbiamo valutato la capacità lavorativa dal dicembre 2013 come richiesto dall'Ufficio AI, rispettivamente dal Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI, Bellinzona. 11.2 Domande supplementari poste dal rappresentante legale dell'A., Avv. RA 1. I certificati medici del 19.12.2014, 16.6.2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_, del 23.6.2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_, del 30.10.2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_ e dell'1.1.2016 sempre del Dr. med. \_\_\_\_\_ sono condivisibili? Se no, spieghi il medico perito i motivi per cui le diagnosi/prognosi in essi contenute sarebbero sbagliate. Al riguardo della capacità lavorativa condividiamo la valutazione della capacità lavorativa dello 0% come magazziniere, pizzaiolo, aiuto cucina (e simili) e operaio come già valutato nella perizia ortopedica del Dr. med. \_\_\_\_\_ (14-19.4.2010). I sopraccitati rapporti medici non descrivono i limiti funzionali di carico presenti nell'A. Non condividiamo la capacità lavorativa dello 0% in tutte le attività, ma valutiamo l'A. abile al lavoro nella misura del 80% come commerciante d'automobili e del 100% in un'attività rispettosa dei limiti funzionali di carico, descritta nella nostra perizia e nell'allegato consulto reumatologico. L'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% durante 3 mesi, dopo l'intervento dell'11.3.2014 [ndr. recte: 11.12.2013] e a partire dal 6.5.2015 sino al 19.8.2015 (a 3 mesi dal 2. intervento all'anca sin.). Le diagnosi poste dai curanti sono sovrapponibili alle nostre. I sopraccitati certificati non si esprimono sulla prognosi. Come consigliato l'A. è stato sottoposto a perizia. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 202/724-729) In sede di discussione, osservato che "(...) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM e tra il Dr. med. \_\_\_\_\_, Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_ in data 6 dicembre alle ore 11.30, tramite teleconferenza (...)" (doc. AI 202/716), i periti hanno evidenziato: "(...) L'A. cittadino svizzero, d'origine \_\_\_\_\_, dell'età di 50 anni, dopo le scuole dell'obbligo frequenta un apprendistato come elettricista. L'infanzia e la gioventù trascorse al suo paese sono caratterizzate dagli eventi bellici e da ferite all'emitorace di ds. e alla coscia di sin. Nel 1989 riesce a scappare dal \_\_\_\_\_ e dopo un lungo viaggio raggiunge la Svizzera. Si stabilisce poi a \_\_\_\_\_ e attualmente abita a \_\_\_\_\_. Dal 1992 al 2011 è sposato con la signora \_\_\_\_\_, nata nel 1969, svizzera d'origine \_\_\_\_\_; a causa di dissapori vi è un divorzio; l'ex-moglie lavora, il figlio, nato nel 1992, abita con la madre e lavora presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. L'A. descrive condizioni economiche non molto agiate e percepisce fr. 1'800.-- mensili dalla Pubblica Assistenza. L'A. ha inoltrato varie richieste di prestazioni AI

per adulti fra il 14.2.1995 e il 14.10.2015. L'Ufficio Al non ha mai erogato nessuna rendita. Un ricorso presso il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni è stato accolto il 21.4.2009 e i giudici hanno chiesto un completamento peritale. Invece il 10.10.2011 i giudici hanno respinto il ricorso dell'A., rappresentato dall'Avv. \_\_\_\_\_. In fase di revisione l'Ufficio Al ha incaricato il SAM per perizia per valutare le varie patologie e la capacità lavorativa anche in attività adatte. Il legale dell'A. Avv. RA 1 pone domande particolari (chiede di prendere posizione su vari rapporti medici); a queste domande risponderemo a fine perizia. Dal punto di vista lavorativo l'A. lavora come aiuto cucina, pizzaiolo, operaio di fabbrica e magazziniere. A partire dal 2.8.1998 è commerciante d'automobili vecchie, recupero d'automobili, cambio di gomme e batterie. Secondo gli atti svolge l'attività sino al 10.3.2005. A causa dei suoi disturbi non intraprende più nessun'attività lavorativa. Brevemente ricordiamo che al suo paese d'origine l'A. è colpito da una scheggia all'emitorace di ds. e una pallottola alla coscia di sin. (a causa degli eventi bellici). Verso il 1995 l'A. accusa dolore al rachide lombare con paresi agli arti inferiori. Aveva già accusato dolori precedentemente lavorando come pizzaiolo. Nel gennaio 1995 è sottoposto a decompressione microchirurgica L5-S1 per sindrome parziale della cauda equina, associata a radicolopatia iperalgica S1 a ds. relativa ad un voluminoso lussato erniario (Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_). Nel periodo 1996-1997 l'A. è in trattamento reumatologico presso il Dr. med. \_\_\_\_\_ per il dolore alle anche; constatata una patologia alle anche e per questo invia l'A. all'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_ che opera poi l'A. a causa di necrosi asettica della testa femorale bilaterale (in particolare trapianto di spugnosa alle teste femorali). Rimane poi un controllo presso l'operatore. Nel marzo del 2005 il Dr. med. \_\_\_\_\_ parla di peggioramento delle alterazioni degenerative e discute le indicazioni per protesi all'anca, dapprima a ds. Nel maggio 2005 il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ non consiglia nessun intervento operatorio a livello lombare. Nel maggio 2005 l'A. è sottoposto ad intervento per poliposi estesa nasale bilaterale. Il 14.6.2005 l'A. è sottoposto a perizia per l'ufficio Al da parte dell'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_. Cita le diagnosi note a livello lombare e a livello femorale come pure depressione psichica e problemi urologici. Non può più lavorare come magazziniere, pizzaiolo e operaio e nell'attività di compra-vendita di automobili 6 ore ogni giorno. Nel giugno 2005 il medico di famiglia il Dr. med. \_\_\_\_\_, codifica un'incapacità al 100% dal marzo 2005 (più volte confermata). Nel luglio 2005 l'A. è trattato farmacologicamente per prostatite acuta da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_. Nell'aprile 2007 anche l'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_ codifica una capacità lavorativa dello 0% dal 7.3.2005. Nel dicembre 2009 una MRI della colonna cervicale mostra discartrosi, uncartrosi C3-C7 con ernia discale. Il 19.4.2010 l'A. è sottoposto a perizia ortopedica per l'Ufficio Al da parte dell'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_. Si sofferma anche sulla patologia cervicale. Può svolgere l'attività di compra-vendita 4-6 ore ogni giorno. Il 21.6.2010 l'A. è sottoposto a perizia psichiatrica per l'Ufficio Al da parte della psichiatra Dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Non pone nessuna diagnosi a pertinenza psichiatrica e valuta l'A. totalmente abile al lavoro. Il 5.7.2010 l'A. è sottoposto a perizia neurologica per l'Ufficio Al da parte del neurologo Dr. med. \_\_\_\_\_ che esegue anche esami ENG/EMG. Descrive brachialgie parestetiche a ds. su incipiente compressione cronica del nervo mediano ds. nel canale carpale e esiti di lesione del nervo cutaneo laterale del femore a ds. Cita inoltre cervicalgie e coxartrosi bilaterale. Codifica un'incapacità lavorativa non superiore al 15%. Nel dicembre 2010 l'A. è visitato dal neurologo Dr. med. \_\_\_\_\_ che fa notare che il quadro è ben compatibile con un'irritazione della radice C4 di ds. e che l'asimmetria del riflesso achilleo è presumibilmente esito dell'ernia discale acuta nel 1995, con problematica radicolare. Nel

marzo 2012 il Dr. med. \_\_\_\_\_ codifica sempre un'incapacità lavorativa del 100%. Nell'ottobre 2013 l'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_ consiglia protesi alle anche bilateralmente. Opera poi l'A, nel mese di dicembre dello stesso anno con posa di protesi totale all'anca ds. Seguono poi controlli presso l'operatore che nel certificato del 19.12.2014 codifica un'inabilità lavorativa del 100% dall'1.1.2015 al 31.12.2015. Vi è un periodo riabilitativo alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nel gennaio-febbraio 2015. Nel marzo 2015 il curante Dr. med. \_\_\_\_\_ codifica sempre un'incapacità lavorativa del 100% e chiede una rivalutazione presso l'Ufficio AI. Ad inizio maggio 2015 l'A. è sottoposto a posa di protesi totale all'anca sin. (operato dal Dr. med. \_\_\_\_\_). Sempre nel corso del mese di maggio vi è una revisione della ferita chirurgica con toilette e débridement e sostituzione della testa femorale. E' trattato con antibiotici a lungo termine ed è seguito dall'infettivologo Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_. Il 16.6.2015 il Dr. med. \_\_\_\_\_ codifica un'incapacità lavorativa del 100% e il 23.6.2015 il curante Dr. med. \_\_\_\_\_ dice di essere d'accordo con l'ortopedico e chiede una revisione presso l'Ufficio AI. Nel settembre-ottobre 2015 il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ e il Dr. med. \_\_\_\_\_ constatano che vi è stato un'evoluzione favorevole dell'infetto. Nell'ottobre 2015 l'A. è visitato dal neurochirurgo Dr. med. \_\_\_\_\_ a causa di lombalgie croniche viene eseguita una MRI del rachide lombare che mostra protrusione discale L3-L4, ernia discale L4-L5 come pure a livello L5-S1. Seguono cure conservative. A fine dicembre 2015 l'A. ha un blocco iperalgico lombare. All'inizio gennaio 2016 l'ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_ codifica un'incapacità al 100% dall'1.1.2016 al 31.12.2016. Inizio febbraio 2016 il Dr. med. \_\_\_\_\_ consiglia cure conservative per la patologia al rachide. Nell'aprile 2016 l'A. è sottoposto ad intervento per ernia inguinale a ds. da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_. Nel mese di maggio l'A. è visto in Pronto Soccorso a causa di una reazione allergica e ricoverato anche alla Clinica \_\_\_\_\_ per stato infettivo di origine sconosciuta e esofagite da \_\_\_\_\_. Nel luglio 2016 il Dr. med. \_\_\_\_\_ reputa che l'A. debba essere a beneficio di una rendita AI. Brevemente ricordiamo che il legale dell'A. Avv. RA 1 prega i periti di prendere posizione sui certificati medici del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 19.12.2014 e 16.6.2015 (nel primo codifica un'incapacità lavorativa del 100% dall'1.1.2015 al 31.12.2015 e nel secondo inabile al 100% fino alla fine di luglio quando tornerà per un controllo), del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 23.6.2015 (considera l'A. inabile al lavoro nella misura del 100% e fa riferimento al Dr. med. \_\_\_\_\_), sempre del Dr. med. \_\_\_\_\_ dell'1.1.2016 (incapace al 100% dall'1.1 al 31.12.2016) e il rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 30.10.2015 (trattasi di un referto radiologico su MRI lombare inviato al Dr. med. \_\_\_\_\_ e non firmato). Durante il soggiorno presso il SAM l'A. è stato valutato a livello psichiatrico (Dr. med. \_\_\_\_\_), reumatologico (Dr. med. \_\_\_\_\_) e neurologico (Dr. med. \_\_\_\_\_). I rapporti dei nostri consulenti sono allegati in extenso alla nostra perizia. Durante il soggiorno dell'A. presso il SAM, quest'ultimo è stato sottoposto alle seguenti valutazioni specialistiche, utili per la valutazione del caso: Valutazione psichiatrica Dal punto di vista psichiatrico l'A. è stato valutato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che ha incontrato l'A. il 5.10 ed il 19.10.2016. Il nostro consulente si sofferma sull'anamnesi. A livello psichiatrico riferisce di essere stato seguito a livello specialistico presso il Servizio Psicosociale di \_\_\_\_\_. La presa a carico specialistica gli fu espressamente consigliata dal proprio medico curante e che questa si concluse dopo ca. 6 mesi di trattamento, in quanto si sentiva in generale meglio avendo cambiato lo stile di vita e superato i suoi problemi di disadattamento (legati allo stato di salute che non migliorava, alla situazione finanziaria precaria e alla separazione dalla moglie) che in precedenza lo affliggevano.

Durante la presa a carico specialistica gli furono prescritti dei medicinali ansiolitici e antidepressivi di cui non ricorda il nome. Attualmente dichiara di non assumere psicofarmaci e di non essere stato più seguito dallo specialista (noi periti SAM facciamo notare che non vi sono rapporti medici al riguardo). L'A. mette in primo piano i disturbi a carico dell'apparato locomotorio, in particolare la sintomatologia dolorosa. Non segnala particolari disturbi a carico della sfera psicologica e mentale, eccezion fatta per il nervosismo che spesso avverte, per le preoccupazioni legate all'evoluzione dello stato di salute e per lo stato d'animo spesso cupo. Il nostro consulente riporta l'esame psichico. Riportiamo in extenso le conclusioni. "L'A. è afflitto da ansie e preoccupazioni legate al proprio stato di salute e alla situazione attuale che sta vivendo la quale non corrisponde al proprio modo ideale di vedere le cose né evidentemente a come era il suo stile di vita quando le cose nel suo complesso procedevano per il meglio. Il percorso esistenziale dell'A. è stato attraversato da diverse fasi critiche legate alle vicissitudini anche molto drammatiche della sua vita (e mi riferisco evidentemente agli eventi bellici vissuti nel suo paese di origine che per lungo tempo lo hanno tenuto sospeso tra la vita e la morte) ma tra tutte quelle che lo hanno fatto soffrire di più dal lato psicologico spiccano quella vissuta in relazione al peggioramento del proprio stato di salute e quelle legate alla situazione finanziaria e alla separazione dalla moglie, situazione che portandolo ad una fase di demoralizzazione profonda lo ha infine indotto a richiedere una presa a carico specialistica proprio in quanto era giunto a covare in sé persino dei pensieri di morte mentre attualmente pur riconoscendo di non essere per niente contento della propria situazione ciò non lo ha portato più a sperimentare gli stessi livelli di malessere esistenziale che lo avevano condotto vicino al suicidio." Il nostro consulente non pone nessuna diagnosi di pertinenza psichiatrica. L'A. è abile al lavoro nella misura del 100% in qualsiasi tipo d'attività. Non ha evidenziato tendenze alla esagerazione e all'estensione e neppure la simulazione dei sintomi. Valutazione reumatologica Dal punto di vista reumatologico l'A. è stato valutato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici (esami specialistici radiologici compresi). Descrive lo status reumatologico. Le diagnosi da lui poste sono citate al nostro punto 5. Il nostro consulente arriva a notare che i dolori irradianti a partenza dal rachide, i limiti funzionali fatti valere dall'A. e presentati durante l'esame clinico, sono in gran parte spiegabili con le alterazioni strutturali finora dimostrate; risulta di difficile interpretazione la sintomatologia algica coxogena con i relativi deficit funzionali lamentati dall'A., disturbi che non trovano un chiaro correlato strutturale alla diagnostica per immagine richiesta dall'ortopedico curante. L'A. assume come trattamento analgesico 75 mg di Voltaren 2 x 1, farmacoterapia analgesica sicuramente non proporzionata all'intensità dei dolori, ritenuti come invalidanti, lamentati dall'A. che inoltre segnalava che fino a settembre 2016 il fisioterapista curante si limitava a massaggi e TECAR, misure passive, non in grado di rinforzare e riequilibrare la muscolatura della colonna vertebrale, in particolare del corsetto lombo-addominale, rispettivamente della muscolatura del cingolo pelvico, come auspicato dal neurochirurgo e dall'ortopedico curante. Di conseguenza il trattamento conservativo tuttora in corso non è adeguato alla patologia presentata dall'A. e va adattato come consigliato dagli specialisti curanti. L'A. è in eccesso ponderale di ca. 25 kg, sovrappeso che va a sovraccaricare il passaggio lombosacrale operato, dolorante, rispettivamente agli articolazioni alle estremità inferiori, portando inoltre ad una statica delle spalle a riposo svantaggiosa, in costante lieve abduzione, flessione, rotazione interna. Un trattamento adeguato "come quello descritto" è in grado di migliorare la qualità di vita dell'A., non garantendo tuttavia un miglioramento della capacità funzionale di carico

residua. Riportiamo i limiti funzionali e di carico descritti dal nostro consulente.

" Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'assicurato può talvolta sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi oltrepassanti 5 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può di rado sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, di rado assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, mai la posizione accovacciata, può spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, di rado la posizione in piedi di lunga durata, dovendo avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli." In un lavoro adatto rispettoso dei limiti funzionali e di carico appena descritti, l'A. è abile al lavoro nella misura del 100% a decorrere dall'11.3.2014 (a distanza di 3 mesi dopo l'impianto di protesi totale all'anca ds. dell'11.12.2013 sino al 5.5.2015 giorno antecedente all'impianto di protesi totale all'anca sin.) e di nuovo a decorrere dal 20.8.2015 (a distanza di 3 mesi dopo il reintervento all'anca sin. del 20.5.2015) con conseguente trattamento antibiotico). Come addetto alla compra-vendita di autoveicoli, l'A. è abile al lavoro nella misura dell'80% dal 20.8.2015. Come casalingo l'A. è abile al lavoro nella misura del 90% a partire dal 20.8.2015. Dopo la valutazione peritale ortopedica del Dr. med. \_\_\_\_\_ (visita del 14.4.2010, perizia redatta il 19.4.2010) l'A. era ritenuto inabile al lavoro per attività pesanti quali magazziniere, pizzaiolo. Il nostro consulente conferma questa valutazione. Sempre il Dr. med. \_\_\_\_\_ riteneva l'A. abile al lavoro nella professione di addetto alla compravendita di automobili durante 4-6 ore il giorno con prevista ripresa di quest'ultima attività in misura del 100% dopo impianto di protesi totale alle anche dalle 2 parti, ciò che purtroppo ora non può essere confermato, a seguito dei limiti funzionali di carico sopraccitati. La valutazione della capacità lavorativa, in particolare di quella di addetto alla compra-vendita di automobili e stabilita dal Dr. med. \_\_\_\_\_ è ritenuta valida sino all'impianto di protesi totale dell'anca sin. [ndr. recte: ds] dell'11.12.2013 e successivamente a partire dall'11.3.2014 sino al 5.5.2015. L'A. è inabile al lavoro per qualsiasi attività lavorativa durante i periodi di ricovero, in particolare dall'11.12.2013 sino al 10.3.2014 e dal 6.5.2015 sino al 19.8.2015. Riportiamo in estenso le conclusioni della presa di posizione del nostro consulente al riguardo delle domande supplementari dell'Avv. RA 1.

" Rispondo ora alle domande supplementari poste dal rappresentante legale dell'assicurato, avvocato RA 1: I certificati medici del 19.12.2014, 16.6.2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_, del 23.6.2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_, del 30.10.2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_ e dell'1.1.2016 sempre del Dr. med. \_\_\_\_\_ sono condivisibili? Se no, spieghi il medico perito i motivi per cui le diagnosi/prognosi in essi contenute sarebbero sbagliate. Gli scritti redatti dal Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica del 19.12.2014 e del 16.6.2015 attestano dei periodi d'inabilità lavorativa totale senza esprimersi su quale attività facciano riferimento: può essere condiviso, come menzionato sopra, il periodo d'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di lavoro dal 6.5. 2015 al

19.8.2015, mentre a decorrere dal 20.8.2015 sussiste, sempre per un lavoro adatto allo stato di salute, un'inabilità lavorativa dello 0%, in qualità di addetto alla compra e vendita di automobili un'inabilità lavorativa del 20 %, da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, sempre a seguito dei limiti funzionali e di carico sopraprofilati, non citati dai certificati menzionati. Il certificato medico redatto dal Dr. \_\_\_\_\_ il 23.6.2015 fa direttamente riferimento agli scritti dell'ortopedico curante in questione Dr. \_\_\_\_\_ sui quali mi sono appena pronunciato, per cui valgono le stesse considerazioni; va comunque anche osservato che sia il Dr. \_\_\_\_\_ il 16.6.2015, sia il Dr. \_\_\_\_\_ il 23.6.2015 sono del parere che l'aspetto medico assicurativo vada rivalutato da parte dell'assicurazione invalidità, ciò che attualmente sta avvenendo per il tramite di una perizia pluridisciplinare commissionata dall'assicurazione invalidità al servizio di accertamento medico. Il documento redatto dal Dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurochirurgia il 30.10.2015, riprende l'esito della risonanza magnetica della colonna lombare del 30.10.2015, del quale è stato tenuto conto nel mio rapporto peritale. Il certificato medico redatto dal Dr. \_\_\_\_\_ l'1.1.2016 attesta un'inabilità lavorativa del 100% per tutto l'anno 2016 ossia dall'1.1. al 31.12.2016, sempre senza riferire i motivi di tale giudizio, non spiegando quali siano i deficit funzionali e di carico presenti nel suo paziente, per cui questa valutazione non può essere da me condivisa se non per un'attività pesante quale quella del magazziniere, pizzaiolo o simili, come già ritenuto dopo l'ultima valutazione peritale ortopedica eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il 14.4.2010; a quel momento, il Dr. \_\_\_\_\_, quale perito e collega di specialità del Dr. \_\_\_\_\_ (ortopedico curante), sebbene l'assicurato presentasse ancora, oltre alla problematica al rachide cervicale e lombare, una grave osteonecrosi delle teste femorali bilaterali, quindi uno stato di salute peggiore rispetto a quanto constatabile dopo l'impianto di protesi totale delle anche, giudicava l'assicurato, nell'attività di compra-vendita di automobili, abile al lavoro nella misura di 4-6 ore al giorno, ritenendo poi incrementabile quest'ultima capacità lavorativa, una volta che l'assicurato fosse stato sottoposto ad intervento di protesi totale, Dr. \_\_\_\_\_ che a quel momento prevedeva una ripresa in questa attività nella misura del 100 %." Valutazione neurologica Dal punto di vista neurologico l'A. è stato valutato dai Dr. med. \_\_\_\_\_ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione (visite neurologiche, esami radiologici compresi e sullo status neurologico). Il neurologico non mostra deficit sensitivo motorio alle gambe, unico reperto indicativo di un pregresso danno neurologico costituito dalla diminuzione del riflesso achilleo a ds., compatibile dunque con un vecchio danno S1. Da questo lato è riferibile all'intervento avvenuto nel 1995. Non vi sono reperti comunque più rilevanti dal punto di vista neurologico a livello lombare e non vi sono deficit maggiori determinanti le limitazioni importanti della capacità lavorativa. A livello cervicale non vi sono deficit neurologici. Nel 2010 si era ipotizzato una sindrome radicolare C4 a ds. Attualmente non si rilevano comunque reperti indicativi di una patologia persistente in tal senso. Sempre nel 2010 ad una perizia reumatologica era stata diagnostica [ndr. recte: diagnosticata] una lieve sindrome del tunnel carpale a ds. Attualmente non vi sono sintomi tipici in tal senso e neppure reperti clinici rilevanti. Anche agli arti superiori non vi sono deficit neurologici rilevanti. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici, rimangono dunque minimi deficit riferibili ad una pregressa sindrome radicolare attualmente solo S1 a ds. in un A. operato per una sindrome della cauda equina acuta su ernia discale L5-S1 nel 1995. Il reperto neurologico attuale è di entità minima e non determina un'incapacità lavorativa rilevante. L'A. è abile al lavoro nella misura del 100%. Il nostro consulente

risponde alle domande supplementari poste dall'Avv. RA 1. "Domande supplementari poste dal rappresentante legale dell'A., Avv. RA 1 I certificati medici del 19.12.2014, 16.06.2015 del Dott Med. \_\_\_\_\_, del 23.06.2015 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, del 30.10.2015 del Dr. Med. \_\_\_\_\_ e dell'1.1.2016 sempre del Dr. Med. \_\_\_\_\_ sono condivisibili? Se no, spieghi il medico perito i motivi per cui le diagnosi/prognosi in essi contenute sarebbero sbagliate. I certificati medici dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ si riferiscono principalmente agli aspetti ortopedici e non neurologici. Il Dr. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione neurologica di ottobre 2015 descrive lombalgie croniche, che si possono tuttora confermare. Ricontrava una dubbia paresi all'arto inferiore sinistro, attualmente sicuramente non presente e riteneva che non vi fosse un'origine radicolare dei sintomi, valutazione che anche da parte mia posso confermare. Ritengo dunque che la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ sia corretta, senza reperti di tipo radicolare. Le alterazioni degenerative discali giustificano il quadro di lombalgia cronica e questo aspetto, come già riferito più sopra, dovrà essere valutato in ambito reumatologico, esulando dalle competenze strettamente neurologiche." Non vi sono altre patologie che limitano la capacità lavorativa dell'A. Si consiglia una presa in carico tramite diete e terapia farmacologica dell'obesità, dislipidemia (ipercolesterolemia) e diabete mellito. Questo trattamento serve anche a prevenzione delle malattie cardiovascolari e per diminuire il carico sul rachide e sugli arti inferiori (tramite calo ponderale). Non sono fattori medici (extra-LAI) i problemi economici, la situazione familiare, l'assenza di un lavoro, la limitata formazione ecc. Nuovamente ricordiamo che l'ultima richiesta di prestazioni AI per adulti è stata redatta dall'A, il 14.10.2015. (...)" (doc. AI 202/716-723) Nel rapporto finale SMR del 9 gennaio 2017 (doc. AI 2013/767-770) il dr. \_\_\_\_\_, confermate le diagnosi poste dai periti del SAM, ha quindi concluso per un'incapacità lavorativa nell'attività abituale: del 100% dall'11.12.2013, del 20% dall'11.3.2014, del 100% dal 6.5.2015 e del 20% dal 20.8.2015 e, in un'attività adeguata: del 100% dall'11.12.2013, dello 0% dall'11.3.2014, del 100% dal 6.5.2015 e dello 0% dal 20.8.2015. L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenute la valutazione del consulente in integrazione professionale dell'8 febbraio 2017 (doc. AI 207/777-779) e le tabelle allestite il 23 gennaio e il 14 febbraio 2017 con allegata la motivazione della riduzione al reddito da invalido (doc. AI 205/772, 206/773-776, 208/780-783 e 209/784), con decisione del 27 marzo 2017 ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.2). 2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di

prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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 e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) Per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, 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 - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo 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\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)") (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludentza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali

rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398 ) 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, consid. 5.3).

2.8. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione qui impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del SAM, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchia i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Questo per i motivi che seguono. Dal fascicolo (cfr. doc. AI 202/692-765) risulta che il SAM ha considerato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti precisando debitamente le ragioni per le quali i periti hanno concluso per un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività (in corrispondenza agli interventi di impianto di protesi totale alle anche e fino a tre mesi dopo gli stessi) dall'11 dicembre 2013 al 10 marzo 2014 e dal 6 maggio 2015 al 19 agosto 2015 e per un'incapacità del 20% nell'attività abituale e dello 0% in un'attività adeguata dall'11 marzo 2014 al 5 maggio 2015 (tre mesi dopo il primo intervento fino al secondo intervento) e dal 20 agosto 2015 (tre mesi dopo il reintervento all'anca sinistra del 20 maggio 2015) in avanti. La valutazione dei periti del SAM non è stata validamente contestata e tantomeno messa in dubbio da nessun medico, né generico né specialista. In particolare, quanto al rapporto del 28 aprile 2017 (doc. B) del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, indirizzato all'avv. RA 1, questo Tribunale rileva quanto segue. L'insorgente è entrato in cura dal dr. \_\_\_\_\_ a partire dal 22 marzo 2017 (ovvero dopo il progetto di decisione del 15 febbraio e prima della decisione qui impugnata del 27 marzo 2017). Lo specialista – osservato che “(...) alla mia osservazione, dopo aver letto i documenti che ho potuto consultare e avendo visitato approfonditamente il paziente in diversi colloqui fin qui instaurati (...)” (doc. B) – ha posto la seguente diagnosi: “(...) disturbo depressivo ricorrente secondario ad una modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica ICD 10 F62.0 (...)” (doc. B). Al riguardo questo Tribunale rileva, da una parte, che il dr. \_\_\_\_\_ non si è espresso sull'entità del disturbo depressivo (lieve, medio o grave) ( va qui ricordato che in merito ai disturbi depressivi, siano essi ricorrenti o episodici, per costante giurisprudenza federale, resa nell'ambito dell'applicazione della LAI, se essi sono di grado da lieve a medio vanno ritenuti, secondo la prassi, quali malattie invalidanti solo se sono resistenti alla terapia in modo significativo (STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3 pag. 197 con riferimenti) ).

Dall'altra parte che – ancorché in ambito peritale in precedenza due specialisti, la dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. la perizia psichiatrica del 21 giugno 2010 del CPAS sub doc. AI 119/327-341) e il dr. \_\_\_\_\_ (cfr. il consulto del 20 ottobre 2016 sub doc. AI 202/733-741), non abbiano riscontrato alcuna patologia psichiatrica invalidante – , nemmeno il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato chiaramente i criteri per porre detta diagnosi. Va qui rilevato che per la diagnosi F62 e F62.0 secondo il catalogo ICD-10-GM 2010 Indice sistematico – Versione italiana Tomo 1 (capitolo I-XI), agosto 2011 (edito dall'Ufficio federale di statistica), vale quanto segue: " (...) F62.- Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale Disturbi della personalità e del comportamento dell'adulto che si sono sviluppati in soggetti che non presentavano in precedenza alcun disturbo di personalità, in seguito all'esposizione a stress-catastrofici o eccessivamente prolungati, o in seguito ad una grave malattia mentale. Tali diagnosi dovrebbero essere poste solo quando è presente una chiara e duratura modificazione delle modalità attraverso cui un soggetto percepisce, ragiona e si pone in relazione con l'ambiente e con se stesso. Il cambiamento di personalità dovrebbe essere significativo ed essere associato ad un comportamento inflessibile e maladattativo che non era presente prima dell'esperienza patogena. La modificazione non dovrebbe essere la manifestazione diretta di un altro disturbo mentale o sintomo residuo di un disturbo mentale precedente. Escl. : disturbo di personalità secondario a danno, disfunzione o malattia cerebrale (FO7.-) F62.0 Modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica Modificazione duratura della personalità, presente da almeno due anni, conseguente all'esposizione a uno stress catastrofico. Lo stress deve essere di grado così estremo che non è necessario considerare la vulnerabilità personale per spiegare il suo profondo effetto sulla personalità. Il disturbo è caratterizzato da un atteggiamento ostile e sospettoso verso il mondo, ritiro sociale, sentimenti di vuoto o di disperazione, una cronica sensazione di essere sulla lama del rasoio, come in costante pericolo, ed estraneamento. Un disturbo post-traumatico da stress può precedere questo tipo di modificazione della personalità. Modificazione della personalità dopo: • esposizione prolungata a situazioni di pericolo di vita, ad esempio essere vittima del terrorismo • prigionia prolungata con imminente possibilità di essere ucciso • tortura • disastri • esperienze di campo di concentramento Escl.: disturbo post-traumatico da stress (F43.1) (...)" (ICD-10-GM 2010) Inoltre il dr. \_\_\_\_\_ – oltre a non pronunciarsi sulla capacità lavorativa – non si è neppure confrontato debitamente con le valutazioni peritali della dr.ssa \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_. Tale non può essere ritenuta la semplice e stringata osservazione con la quale il dr. \_\_\_\_\_ sostiene che "(...) per quanto riguarda le valutazioni effettuate per l'AI, prima dalla collega Dr.ssa \_\_\_\_\_ poi dal Dr. \_\_\_\_\_, posso soltanto dire che sulla base degli atti che ho avuto a disposizione, che a mio modo di vedere sono piuttosto sommarie, forse anche a causa dell'atteggiamento del paziente che non ritiene e non accetta la necessità di una presa a carico psicoterapeutica e psichiatrica, almeno che non sia allo stremo e costretto dalle circostanze come già avvenuto in passato nel caso del suo divorzio o attualmente nel contenzioso con l'AI di fronte all'ennesimo rifiuto di riconoscere la sua condizione di malato e sofferente. (...)" (doc. B). Del resto, il rapporto del 28 aprile 2017 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. B) è stato sottoposto ai periti del SAM che, nel complemento peritale del 31 maggio 2017 (IV), hanno confermato la presa di posizione del 29 maggio 2017 nella quale il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che "(...) ho preso visione del certificato medico del Dr. \_\_\_\_\_ del 28.04.2017 e ho confrontato quanto da lui riportato con la valutazione da me effettuata nell'ambito della perizia SAM del 06.12.2016. Il collega Dr. \_\_\_\_\_

non riporta elementi nuovi rispetto a quelli trattati nella mia valutazione che è antecedente di alcuni mesi per cui sulla base delle considerazioni riportate nel suo certificato giunge ad un inquadramento diagnostico diverso da quello da me formulato. Ritengo pertanto che egli abbia valutato diversamente un medesimo stato di cose riscontrando in ciò una condizione patologica meritevole di essere trattata a livello specialistico. Pur tenendo conto di ciò non ritengo che questo basti a modificare la valutazione specialistica da me effettuata. (...)” (IV/2). In sede di replica l’insorgente non ha poi prodotto ulteriore documentazione medica limitandosi a formulare delle proprie osservazioni personali (cfr. VI punto 2) e concludendo (seppur egli non sia né medico né tantomeno specialista) che “(...) è indispensabile incaricare un nuovo specialista per rivalutare secondo i crismi il ricorrente dal profilo psichiatrico. (...)” (VI punto 2 in fine). Ritenuto che nessun medico curante e/o altro specialista si è espresso in merito alle conclusioni a cui è giunto il SAM avuto riguardo agli aspetti somatici, nemmeno può essere seguito l’insorgente laddove pretende che, data la natura delle affezioni e dell’istoriato, dovrà essere visitato “(...) da uno specialista di chirurgia spinale. (...)” (I, punto 11, pag. 7). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra questo principio non è però assoluto, visto che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l’obbligo delle parti di apportare ove ciò fosse ragionevolmente esigibile le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto, nonostante abbia avuto la facoltà, da ultimo ancora dopo la replica (cfr. doc. VI), di presentare eventuali altri validi mezzi di prova, l’insorgente non ne ha prodotta e si è limitato a delle esternazioni personali che, in quanto tali, vanno trattate alla semplice stregua di allegazioni di parte. Egli non ha pertanto prodotto nessuna documentazione medica atta a mettere in dubbio la valutazione del SAM confermata anche dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale del 9 gennaio 2017 (cfr. doc. AI 203/767-770). L’obbligo di collaborare non può peraltro 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. Non è dunque sufficiente lasciare all’autorità giudiziaria rispettivamente all’amministrazione l’onere di determinare le condizioni di salute dell’assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell’interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo a riguardo della diligente valutazione medica effettuata dall’amministrazione (cfr., tra le tante, STCA 32.2017.40 del 20 settembre 2017 con riferimenti). Questo Tribunale ritiene pertanto che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l’incapacità lavorativa dell’assicurato e in particolare le limitazioni da osservare, sino all’emanazione del querelato provvedimento (il 27 marzo 2017, data questa che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3 ), senza che si renda quindi necessario l’esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va ricordato che se 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 ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. ( STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.9. L'insorgente sostiene che "(...) sia il medico reumatologo, sia l'Ufficio AI hanno ritenuto il ricorrente abile al 100% dal 20.08.2015 in una "attività adeguata". Tale conclusione è tuttavia insoddisfacente: la perizia evita infatti di specificare concretamente quale o quali attività adeguate siano ancora esigibili dall'assicurato tenuto conto delle sue conoscenze specifiche e delle sue oggettive limitazioni funzionali. (...)" (I, punto 7, pag. 4). Questo Tribunale rileva innanzitutto che con la risposta di causa a ragione l'amministrazione ha rilevato che "(...) come del resto già stabilito in occasione della terza richiesta di prestazioni presentata dall'assicurato (cfr. in tal senso sia la decisione del 28.12.2010 che la STCA del 10.10.2011), l'amministrazione ha rettamente concluso che l'assicurato, senza dover prima intraprendere una riqualifica professionale (specifica), può direttamente svolgere delle attività adeguate leggere, semplici e ripetitive (cfr. in tal senso i doc. 205-207 incarto AI). Visto quanto sopra, lo scrivente Ufficio ritiene pertanto che - come rettamente indicato dall'amministrazione all'interno della decisione impugnata - all'assicurato può essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Sul mercato generale del lavoro esistono infatti della attività che il ricorrente, malgrado il danno alla salute, è in grado di esercitare al 100%. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere - che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. anche in argomento STCA del 28.1.2014 incarto nr. 32.2013.75, STCA del 21.11.2011 incarto nr. 32.2011.143). (...)" (IV, pag. 4). Circa la capacità di lavoro residua si sono espressi i periti del SAM (che hanno concluso per una capacità di lavoro piena in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti) alla cui valutazione, visti i motivi esposti al precedente considerando, va riconosciuta piena forza probatoria. 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

### **E. 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. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto di quello della proporzionalità. Questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti, anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). In questo senso non può essere seguito l'insorgente laddove nella replica, in contrasto alla succitata giurisprudenza, pretende che "(...) contrariamente a quanto sostenuto dall'Ufficio, non è possibile addebitare indistintamente al ricorrente un intero settore occupazionale per il calcolo del reddito da invalido, tanto meno concludere che il suo livello formativo possa soddisfare - genericamente - le esigenze variate di tale settore. È peraltro risaputo che nelle attività manifatturiere i lavoratori non qualificati (come nel caso del ricorrente) vengono relegati ad attività spesso faticose e prolungate, incompatibili con i dolori, le limitazioni funzionali e i problemi di postura riscontrati nell'assicurato. Occorre altresì precisare che, alla luce dei rapidi progressi nell'automatizzazione dei processi industriali, attività di semplice controllo e sorveglianza (passiva) di macchinari non sono oggi (più) immaginabili: all'operaio sono comunque richieste prestazioni di sforzo e soprattutto mobilità fisica che le macchine non sono in grado di compiere. (...)” (VI, punto 1, pagg. 2 e 3). Pertanto questo Tribunale condivide la conclusione a cui è giunto l'Ufficio AI secondo la quale, sul mercato equilibrato del lavoro, esistono della attività che il ricorrente, malgrado il danno alla salute, è in grado di esercitare a tempo pieno (ad esempio, attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti e di controllo). Quanto alla possibilità di reintegrazione senza la

necessità di provvedimenti professionali questo Tribunale può fare propria la conclusione del consulente in integrazione professionale che, nella valutazione dell'8 febbraio 2017 (doc. AI 207/777-779), ha rilevato: “(...) il percorso socio professionale dell'A., l'età e la scolarità non permettono di proporre una riqualifica professionale. Si può restare a disposizione per finanziare un periodo di introduzione al lavoro "mini riqualifica pratica ad hoc" della durata di 3-6 mesi (da stabilire dettagliatamente in presenza di un concreto posto di lavoro). Dopo comprovate ricerche di lavoro e su richiesta scritta, si resta a disposizione per valutare un aiuto al collocamento. Si resta a disposizione per ulteriori informazioni, si procede con la chiusura del caso. (...)” (doc. AI 207/779).

2.10. In merito alla valutazione economica va innanzitutto rilevato che determinanti sono i dati del 2016. Infatti, sia che si voglia ritenere determinante la data di ricezione (9 luglio 2015) della “domanda di revisione della decisione della rendita d'invalidità” presentata dall'avv. RA 1 l'8 luglio 2015 sub doc. AI 153/496-531) ( in questo senso nella lettera del 22 settembre 2015 indirizzata all'insorgente, accusata la ricezione della succitata domanda dell'avv. RA 1, l'Ufficio AI ha comunicato all'insorgente che “(...) dalla documentazione acquisita vi sono le premesse per l'entrata in materia di una nuova richiesta di prestazioni; a tale scopo alleghiamo il relativo formulario ufficiale che deve essere ritornato debitamente compilato in tutti i suoi punti e firmato entro 15 giorni dalla presente. Qualora l'inoltro dello stesso rispetti il termine assegnato, quale data di presentazione della nuova richiesta farà stato quella sopra indicata (09.07.2015), in caso contrario si farà riferimento alla data di ricezione del formulario ufficiale. (...)” (doc. AI 165/571) ) o quella – nonostante nello scritto del 16 ottobre 2015 (doc. AI 170/579-581), all'attenzione del funzionario \_\_\_\_\_, l'avv. RA 1 abbia rilevato che “(...) osservo che il formulario è stato erroneamente spedito all'indirizzo della ex moglie a \_\_\_\_\_ (nonostante l'indicazione del suo attuale domicilio a \_\_\_\_\_) e che il mio cliente è stato da lei informato della ricezione soltanto ieri. Pertanto il termine assegnato è stato ampiamente rispettato, ritenuto inoltre che mi è stato accennato dell'invio soltanto con lettera dell'8 ottobre us. (...)” (doc. AI 170/579) – (19 ottobre 2015) di ricezione del formulario ufficiale (cfr. doc. AI 172/584-592), in ogni caso, conformemente all'art. 29 cpv. 1 LAI, il diritto alla rendita nasce al più presto nel 2016 (gennaio 2016 e/o aprile 2016 ovvero sei mesi dopo l'inoltro della domanda). In particolare – trattandosi nel caso concreto di una nuova domanda dopo che in precedenza mai era stato riconosciuto il diritto ad una rendita (cfr. consid. 1.1 e 1.2) – , conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), è a torto che l'insorgente pretende, in ogni caso, il diritto ad una rendita intera per i mesi di luglio e agosto 2015 (cfr. consid. 1.3). Infatti, non trattandosi nella fattispecie concreta di una domanda di revisione (lo si ribadisce mai all'insorgente è stato riconosciuto il diritto ad una rendita, nemmeno per un periodo limitato di tempo), non trova qui applicazione l'art. 88 bis cpv. 1 OAI invocato, a torto, dal ricorrente (cfr. il punto 10 del ricorso e il punto 3 della replica). Quanto all'applicazione di detto disposto, nella succitata DTF 140 V 2, il TF ha infatti rilevato che “(...) quanto alla invocata applicazione, per analogia, dell'art. 88 bis cpv. 1 lett. a OAI, è sufficiente il rilievo che la norma speciale d'ordinanza presuppone, secondo il suo tenore letterale e il suo contesto sistematico, una rendita in corso ( DTF 129 V 211 consid. 3.2.1 pag. 217 in fine e consid. 3.2.4 pag. 219; DTF 109 V 108 consid. 1b pag. 111). (...)” (DTF 140 V 2, consid. 5.4, pag. 8).

2.10.1. Reddito da valido Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9C\_501/2013 del 28 novembre 2013, 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 e/o al momento

della sua modifica), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (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 dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora 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 (STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti). Nella fattispecie – non ravvedendo alcun motivo per scostarsi dal reddito da valido (stabilito nella STCA del 10 ottobre 2011 cresciuta incontestata in giudicato; cfr. doc. AI 149/466-492, in particolare il consid. 2.11) considerato per il 2006, ovvero fr. 34'003.20 – questo Tribunale ritiene che per il calcolo del reddito da valido occorre aggiornare l'importo di fr. 34'003.20. Ribadito che l'anno determinante è il 2016, il reddito da valido si attesta a fr. 37'664.23 ( 34'003.20 aumentati del 1.4% per il 2007, del 2.2% per il 2008 e il 2009, dello 0.7% per il 2010 [cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali, settore G commercio e riparazione, pubblicata in La Vie économique 6/2012 pag. 95], dell'1.2 per il 2011, dello 0.7 per il 2012, dello 0.5 per il 2013, dello 0.4 per il 2014, dello 0.3 per il 2015 e dello 0.7 per il 2016 [Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, uomini, 2011-2016, settore G commercio] ). 2.10.2. Reddito da invalido 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione

deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA 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 Nr. 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 pag. 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 nella DTF 141 V 1 consid. 5. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. In concreto, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014 (vedi, a proposito del 2012, la STF 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 skill level (NOGA08), risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 63'744.-- (4'300 x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2016, si ottiene un salario di fr. 64'299.90 (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; 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 2016 (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. 67'032.65 (fr. 64'299.90 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di

tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Ritenuta la capacità lavorativa del 100% e applicata la riduzione del 25% (stabilita dal consulente in integrazione e rimasta incontestata; cfr. le tabella allestite il 23 gennaio e il 14 febbraio 2017 con le relative spiegazioni sub doc. AI 206/773-776 e 208/780-783) il reddito da invalido si attesta a fr. 39'987.77 (fr. 67'032.65 ridotti del 25% = fr. 50'274.48). Quanto all'applicabilità della succitata giurisprudenza circa il gap salariale (in questo senso la domanda dell'insorgente al punto 9 del ricorso), la questione non merita particolari approfondimenti visto che, anche volendola applicare, il risultato, come si vedrà al consid. 2.10.3, non cambia. Secondo la tabella TA1 2014 skill level (NOGA08), in un'attività equivalente nel settore 45, commercio e riparazione di autoveicoli e motocicli, livello di competenze 1 (che prevede attività semplici di tipo fisico o manuale), nel 2014 il reddito conseguibile per un uomo ammontava a fr. 61'356.-- (5'113 x 12). Nel 2016, lo stesso reddito si attesta a fr. 65'534.17 ( 61'356.-- aumentati dello 0.3% per il 2015 e dello 0.7% per il 2016 [Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, uomini, 2011-2016, settore G commercio] riportati su un orario medio di lavoro settimanale in questo settore di 42.3 ore [cfr. la tabella: “ Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique ”] ). Il reddito da valido che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2016 se avesse continuato la sua attività di commerciante di autoveicoli usati (cfr. doc. AI 52/121-123) ammonta a fr. 37'664.23 (cfr. consid. 2.10.1). Conformemente alla succitata giurisprudenza il gap salariale sarebbe del 37.53% (fr. 65'534.17 contro fr. 37'664.23 meno il 5%) e il reddito da invalido si attesterebbe dunque, in questa evenienza, a fr. 31'406.46 (50'274.48 ridotti del 37.53%).

2.10.3. Confrontando il reddito da invalido di fr. 50'274.48 (cfr. consid. 2.10.2) con quello da valido di fr. 37'664.23 (cfr. consid. 2.10.1) il grado d'invalidità è nullo. Nell'ipotesi, invece, in cui si volesse applicare il gap salariale, allora il grado d'invalidità sarebbe del 17% (  $[37'664.23 - 31'406.46] \times 100 : 37'664.23 = 16.61\%$  arrotondato al 17% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 ). In ogni caso non vi è dunque diritto ad una rendita (cfr. consid. 2.3).

2.11. Secondo l'art. 69 cpv. Ibis 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. Va qui infatti evidenziato che – anche se dagli atti risulta essere al beneficio dell'assistenza sociale ( l'Ufficio del sostegno sociale, con scritto del 15 settembre 2015, ha infatti comunicato all'Ufficio AI che l'assicurato “(...) è al benefico di nostre prestazioni dal 01.09.2011. (...)” (doc. AI 164/569-579) ) e ricordato che i presupposti (cumulativi) necessari per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti; cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.) – l'assicurato non può essere esonerato dalle spese in quanto nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserito, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, le valutazioni medico-teorica ed economica hanno permesso di accertare

con la dovuta chiarezza il grado d'invalidità e l'insorgente, anche se patrocinato da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tali valutazioni, in particolare quella medica. All'insorgente che, lo si ribadisce, in corso di procedura ricorsuale (nonostante le precise risposte del SAM ai quesiti peritali posti) non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a contestare le valutazioni dei periti del SAM confermate anche dal SMR, non poteva sfuggire la necessità di documentare debitamente le allegazioni secondo le quali dette valutazioni non fossero valide e/o le ragioni che rendessero verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del

**E. 27**

marzo 2017.

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