

## **TI\_GERICHTE 32.2021.65 vom 29. März 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-03-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.65](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.65)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.65 du 29 mars 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.65 del 29 marzo 2021

### **Regeste**

Rifiuto rendita AI. La perita psichiatra ha motivato in modo chiaro e convincente le critiche sui pareri dello psichiatra curante. La terapia psicofarmacologica non è mutata benché il presunto peggioramento. Il reddito da invalido non va ridotto x attività leggere né x età né x riduzione del rendimento

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo ( RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze

dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C\_168/2020 consid. 5.1; STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Ancora recentemente (STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.

#### **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 Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" . Con la STF 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 due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C\_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era

dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è 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. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata ( cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch) ) . 2.5. Nella presente fattispecie, chiamato a verificare se l'Ufficio AI abbia accuratamente vagliato le condizioni di salute dell'assicurato prima dell'emanazione della decisione impugnata, questo Tribunale conferma l'operato dell'amministrazione. Raccolti gli atti presso i curanti, il medico SMR ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato a una perizia bidisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. Gli specialisti reumatologo e psichiatra hanno personalmente visitato l'assicurato nel maggio 2020 e valutato le sue condizioni di salute prendendo in considerazione i referti resi dai curanti che li hanno preceduti ed effettuando esami laddove ritenuto necessario. I rapporti che ciascun perito ha allestito sono stati integrati nella perizia bidisciplinare del 29 ottobre 2020, che analizza in modo dettagliato e concludente lo stato di salute del ricorrente, dalla anamnesi ai disturbi soggettivi, dalle constatazioni oggettive alle diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa, fino a rispondere alle domande peritali sottoposte loro dall'Ufficio AI per definire la capacità di lavoro dell'assicurato sia nell'attività abituale sia in attività adeguate. I periti, dopo avere discusso insieme i risultati a cui sono giunti, hanno concluso che le incapacità lavorative stabilite da ognuno dovevano essere parzialmente integrate, perché entrambe prendevano in considerazione la necessità di maggiori pause con rendimento ridotto. Essi hanno dunque spiegato chiaramente e nel dettaglio le loro valutazioni e conclusioni e il rapporto finale del 2 novembre 2020 dell'SMR che le riassume è convincente e non contraddittorio. Lo specialista in reumatologia interpellato dall'amministrazione ha tenuto conto delle patologie presenti in passato e tuttora, come pure di quelle che erano recentemente insorte alla spalla sinistra che limitavano il ricorrente nell'esercizio di un'attività lavorativa, perciò egli ha valutato le conseguenze che ne derivavano all'assicurato ponendo dei limiti funzionali e di carico nell'esigibilità di un'attività lavorativa adeguata al suo stato di salute, distinguendo tra il periodo prima e il periodo dopo il subentro della patologia alla spalla sinistra. L'aspetto somatico non è stato contestato dall'insorgente e quindi non occorre esaminarlo più approfonditamente, ritenuto anche che la valutazione peritale effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_ risulta comunque chiara, dettagliata e completa e dà un quadro accurato e convincente dello stato di salute del ricorrente. Per questo motivo, il rapporto dello specialista, peraltro avallato dal Servizio Medico Regionale, che ne ha ripreso i limiti funzionali e di carico, può essere posto alla base del presente giudizio. Dal profilo psichiatrico, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che l'assicurato seguiva una terapia farmacologica e regolari controlli psichiatrici, che la terapia in atto appariva adeguata al quadro presentato e la compliance alle cure era ottima, come hanno dimostrato i dosaggi ematici dei farmaci. Dal punto di vista della prognosi, la genesi disadattiva del disturbo depressivo in atto che essa ha diagnosticato era da una parte favorevole, ma dall'altra era legata alla possibilità o meno di raggiungere un nuovo punto di equilibrio. La progettualità futura dell'assicurato era pervasa da preoccupazioni, ben condivisibili e non sproporzionate in merito alla sua situazione

socio-professionale ed economica, sia a causa dell'età che della sua incarcerazione. Per questo motivo, la perita psichiatra ha ritenuto il 2 giugno 2020 che il fattore prognostico più rilevante per la sintomatologia depressiva disadattiva dell'assicurato era che egli potesse reinserirsi dal punto di vista socio-professionale, perciò delle misure professionali attive erano altamente indicate. Essa ha infatti evidenziato che v'erano anche dei fattori oggettivi, non legati alla patologia psichica, ma al fatto che non poteva più esercitare la professione di infermiere, che ostacolavano l'interessato nel reperimento di un'attività alternativa. Quando ha visitato l'assicurato durante due colloqui, avvenuti nel maggio 2020, durati complessivamente quasi tre ore, la perita non ha registrato quote ansiose né l'assicurato ha riportato sintomi d'ansia di tipo neurovegetativo e neppure sono emersi sintomi ossessivo compulsivi, fobie specifiche, disturbi della coscienza dell'Io. Non sono emerse aree di disfunzionalità che facessero presumere l'esistenza di un disturbo a carico della personalità. L'esperta non ha inoltre riscontrato il profilo sintomatologico di un episodio depressivo maggiore, non essendovi i tipici sintomi di anedonia, abulia o ritiro relazionale, coartazione affettiva, idee sproporzionate di colpa o rovina, essendovi anche una chiara insorgenza in relazione a una situazione stressante, comportante la rottura di un precedente equilibrio. I sintomi depressivi descritti non erano così gravi e pervasivi da impattare sul funzionamento quotidiano e sulla vita di relazione, sia in seno alla famiglia sia al gruppo di appartenenza religiosa. Anche i disturbi emotivi, inizialmente presenti e maggiormente correlati alla fase di acuzie, sono poi migliorati, sebbene permanessero i disturbi depressivi correlativi alla mancata possibilità di trovare un ruolo soddisfacente sul piano socio-professionale. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha contestato queste conclusioni, confermando nel febbraio 2021 la persistenza di una sintomatologia depressiva di entità medio-grave (ICD-10: F32.1-2), a cui si è aggiunta, in relazione al trauma subito dalle vicende giudiziarie e dall'incarcerazione, una sindrome post-traumatica da stress (ICD-10: F43.1) con flashback intrusivi, disturbi del sonno, della memoria, della concentrazione e ipervigilanza. Tutto ciò è poi evoluto verso un franco episodio depressivo medio-grave (ICD-10: F32.1-2) e in un'ulteriore evoluzione del quadro clinico verso una modificazione duratura della personalità (ICD-10: F62.0), a causa della quale l'assicurato non riusciva più a porsi in relazione con sé stesso e l'ambiente con le stesse modalità antecedenti il trauma della carcerazione. Su queste osservazioni si è espressa l'8 marzo 2021 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ con un dettagliato complemento peritale, in cui ha esaminato punto per punto le affermazioni del collega e ha motivato in modo chiaro e convincente le sue critiche nei confronti delle diagnosi poste dal dr. \_\_\_\_\_. La perita ha innanzitutto evidenziato che malgrado il quadro clinico peggiorativo illustrato dallo psichiatra curante, tuttavia la terapia psicofarmacologica che egli ha prescritto al suo paziente era rimasta invariata rispetto a quando, un anno prima, lei ha visitato l'assicurato e, addirittura, il dosaggio di un farmaco era stato ridotto. Inoltre, se poteva essere riconosciuto che dopo l'incarcerazione l'interessato ha sviluppato una reazione da stress acuta, tuttavia non v'era evidenza, neanche allora, di sintomi riferibili a una malattia di stress post traumatico (PTSD), diagnosi che essa ha ricordato essere riconosciuta in casi estremi di eventi traumatici, come guerre, rapimenti, aggressioni fisiche, attacchi terroristici e simili, circostanze che, per certo, non si sono verificate nella persona dell'assicurato. Dall'esame psichico effettuato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non sono comunque emersi elementi psicopatologici indicativi della presenza attuale di un PTSD quali i problemi di integrazione e mnesici rispetto a un evento traumatico, i comportamenti di evitamento rispetto a stimoli sensoriali associati al trauma, i difetti di ricordo inerenti alcune parti del trauma o le marcate alterazioni arousal. Nell'esposizione della descrizione

della giornata dell'assicurato non era infatti risultato che il ricorrente rispecchiasse questi elementi caratteristici di una sindrome post traumatica da stress, visto che aiutava la moglie nelle pulizie, a preparare i pasti, andava a fare la spesa, usciva a camminare, leggeva la bibbia o altri libri che contenevano messaggi positivi. L'interessato incontrava anche regolarmente gli altri credenti appartenenti al suo gruppo religioso, che l'hanno aiutato molto sia psicologicamente che economicamente poi, non potendo più recarsi agli incontri a causa del COVID-19, li sentiva per via telematica e/o telefonica. Quali attività del tempo libero ha indicato alla perita che passeggiava, leggeva, aiutava le altre persone, predicava, tutte attività che difficilmente si conciliano con una sindrome post traumatica da stress. Il ricorrente ha riportato alla psichiatra dei sintomi soggettivi di ansia e angoscia, di preoccupazione per tutta la sua situazione, di sofferenza che ha vissuto a causa della carcerazione e della frustrazione per i successivi tentativi fallimentari di reinserimento socio-professionale, di perdita del suo equilibrio e il fatto che il suo corpo non reagiva più, si sentiva privato della sua dignità, voleva aiutare gli altri e la sua famiglia, il sonno era disturbato, aveva incubi notturni benché grazie alla terapia fosse migliorato, a volte non voleva vedere nessuno ma solo dormire, l'umore era altalenante, a volte gli veniva da piangere, era preoccupato per i molti debiti e per la moglie sia per quanto ha patito sia per dei problemi di salute, non aveva forze, memoria né concentrazione, a volte aveva le vertigini, si sentiva distratto. Questi sono tutti elementi che, debitamente soppesati dalla specialista, l'hanno portata a concludere per una diagnosi di reazione depressiva prolungata, dopo carcerazione e mancato reinserimento socio-professionale (ICD-10: F43.21) o di disturbo dell'adattamento persistente con umore depresso (DSM 5 309.0). Il TCA ritiene che la dr.ssa \_\_\_\_\_ abbia ben esaminato e valutato tutti gli elementi soggettivi e oggettivi emersi durante i due lunghi colloqui di valutazione avvenuti nel maggio 2020 e che quindi il suo rapporto peritale del 2 giugno 2020 sia chiaro, dettagliato e concludente. La perita ha confermato queste sue conclusioni l'8 marzo 2021 anche dopo avere esaminato il parere dello psichiatra curante del 4 febbraio 2021, che essa ha debitamente e attentamente commentato annotando i punti controversi e clinicamente poco sostenibili alla luce dei riscontri che sono emersi durante gli incontri avuti con l'insorgente e ne ha spiegato le sue ragioni. Il referto prodotto pendente causa dal dottor \_\_\_\_\_ fornisce un quadro sostanzialmente simile a quello analizzato dall'esperta nel maggio 2020 e nel marzo 2021 e si limita a sottolineare che il parere della perita risale a un anno prima e che non è aggiornato e certifica una continua inabilità lavorativa dal 19 gennaio 2018. La scrivente Corte si allinea alle conclusioni tratte dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ sia il 2 giugno 2020 sia l'8 marzo 2021, avendo la specialista esaminato approfonditamente tutti i punti critici evidenziati dal medico curante e avendo dato una chiara e convincente motivazione per non allinearsi al parere del collega e quindi alle diagnosi che egli ha posto, come pure ha spiegato in modo approfondito e convincente gli elementi che l'hanno portata a concludere diversamente dallo psichiatra curante e a sostenere la sua tesi. Seppure il dottor \_\_\_\_\_ abbia avuto in cura il ricorrente per tre anni e l'abbia visto regolarmente ogni 3-4 settimane, mentre l'esperta nominata dall'Ufficio AI soltanto in due occasioni, tuttavia, d'avviso del TCA, gli elementi emersi a sostegno del parere specialistico peritale sono stati ben esposti e sono convincenti, mentre lo psichiatra curante non ha saputo fornire un quadro oggettivamente persuasivo delle reali condizioni di salute dell'assicurato. I suoi pareri non sono particolarmente dettagliati ed esplicativi; quello del 7 maggio 2021, poi, è molto scarno e si limita a riportare le diagnosi e la capacità lavorativa, e a criticare l'assenza di un aggiornamento della valutazione peritale, avvenuta un anno prima, ma non fornisce

elementi sostanziali a sostegno di questo postulato aggiornamento del quadro clinico dell'assicurato. La terapia psicofarmacologica citata ne è un esempio, se si considera che la posologia iniziale indicata dall'assicurato alla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel maggio 2020 è addirittura migliorata rispetto a quella prescritta all'interessato un anno dopo e indicata dal suo psichiatra, quando però secondo il suo medico curante il suo stato di salute sarebbe peggiorato nell'arco di quell'anno, tanto che il quadro clinico era evoluto verso una modificazione duratura della personalità a causa della quale l'assicurato non riusciva più a porsi in relazione con sé stesso e l'ambiente con le stesse modalità antecedenti al trauma della carcerazione. Un simile peggioramento non è stato però confermato dalla terapia in atto, che non solo non è stata incrementata, ma è stata pure ridotta nei quantitativi di un farmaco. Sulla scorta di quanto precede, non sussistono gli estremi per scostarsi dalle conclusioni peritali del SAM e, di conseguenza, pure da quelle del dottor \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale, che le ha riprese nel suo rapporto finale del 2 novembre 2020 e che sono state ribadite nel complemento peritale del 25 marzo 2021 e poi nelle annotazione dell'SMR del giorno seguente. Al riguardo 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. 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 riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime STCA 32.2021.24 del 31 maggio 2021; STCA 32.2021.10 del 22 marzo 2021; STCA 32.2020.51 del 29 ottobre 2020; STCA 32.2020.31 del 15 ottobre 2020). Anche per questo motivo, alla valutazione della dottoressa \_\_\_\_\_ va riconosciuto pieno valore probatorio e le sue conclusioni, chiare, dettagliate e complete, non validamente contestate da altri esperti in materia, vanno poste alla base del presente giudizio. Non vi sono pertanto elementi oggettivi tali per scostarsi dalle considerazioni e dalle conclusioni che il Servizio Medico Regionale ha tratto il 2 novembre 2020 nel rapporto finale e nell'annotazione del 26 marzo 2021 sulle condizioni di salute dell'assicurato, sia dal profilo somatico sia psichico. Essendo convincenti e non sufficientemente contestate dal ricorrente, che non ha suffragato la sua tesi con dei validi certificati medici che attestano una situazione clinica peggiore, le considerazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ vanno pertanto fatte proprie dal Tribunale. Sulla scorta di queste considerazioni, per il TCA le affermazioni dell'insorgente su una sua peggiore situazione clinica rispetto a quella accertata dall'Ufficio AI rimangono quindi una mera ipotesi di carattere soggettivo, che non va perciò indagata ulteriormente, peraltro siccome nemmeno comprovata da un referto medico dettagliato e convincente. Dopo avere esaminato l'intera documentazione medica a disposizione, una nuova valutazione dello stato di salute del ricorrente, così come da esso esplicitamente richiesta non ritenendo aggiornati gli accertamenti esperiti dall'Ufficio AI, non è perciò affatto necessaria. Infatti, si deve ritenere che i referti a disposizione del Tribunale siano già completi, sufficientemente dettagliati e chiari per definire lo stato psicosomatico dell'assicurato, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare

d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c).

2.6. Quanto alle conseguenze economiche del danno alla salute del ricorrente, l'amministrazione ha calcolato la perdita di guadagno che si avrebbe con una capacità lavorativa residua dell'80% in attività adeguate. Il reddito da valido di Fr. 68'361,39 annui stabilito dall'Ufficio AI sulla base dei dati statistici aggiornati al 2019 in attività semplici di tipo fisico o manuale, visto che dopo essere uscito di prigione l'assicurato ha fatto ricerche di posti di lavoro come operaio non potendo più svolgere per motivi estranei al danno alla salute l'ultima attività esercitata di infermiere (doc. 32), è stato paragonato al reddito da invalido di pari importo determinato sulla base dei dati statistici del 2018, aggiornati al 2019, per quanto concerne le attività semplici, preso all'80% (Fr. 54'689,11) e diminuito del 10% per tener conto della limitazione di potere svolgere attività leggere. Dal reddito ipotetico da invalido risultante di Fr. 49'220,20 è scaturito un grado AI del 28% [(Fr. 68'361,39 - Fr. 49'220,20) : Fr. 68'361,39 x 100]. Il ricorrente ha criticato il reddito statistico da invalido ritenuto dall'amministrazione, poiché considerato all'80% anziché al 100% e poi perché ridotto del 10% in luogo del 20%.

2.7. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere

negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C\_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C\_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4 [denominato ora livello di competenze 1]) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui ( Rumo-Jungo , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin , Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “ Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen ”; Doudin , La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, in: SZS 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d'idee, il Tribunale federale ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche ( Omlin , op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA U 871/02 del 20 aprile 2004, consid. 3; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Va infine rilevato che, per 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 TFA ha già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01

del 25 febbraio 2003, consid 4.7). Da ultimo, va ricordato che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; egli valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.).

2.8. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), come ricordato nella STF 9C\_151/2020 del 5 maggio 2020 al considerando 6.1, decisivo non è il guadagno realizzato nell'ultima attività svolta, bensì il reddito che la persona assicurata conseguirebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse diventata invalida. Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonda 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 (DTF 144 I 103 consid. 5.3; DTF 134 V 322 consid. 4.1), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (RAMI 2000 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. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). In concreto, l'amministrazione ha determinato il reddito da valido dell'assicurato sulla scorta dei dati statistici riferiti alle attività semplici e ripetitive, poiché non potendo più esercitare la professione appresa l'assicurato si è attivato alla ricerca di un impiego come operaio. L'importo di Fr. 68'361,39 non è stato contestato dall'insorgente e il TCA non ha motivo di scostarsene.

2.9. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite 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). Il reddito da invalido dipende dal grado della capacità lavorativa residua del ricorrente e al riguardo si è spiegato nei considerandi precedenti che il TCA si fonda sulle solide conclusioni del SAM e dell'SMR e quindi sul grado dell'80% che i periti hanno stabilito in attività adatta rispettosa dei limiti funzionali sia reumatologici sia psichiatrici, integrando parzialmente le capacità lavorative di ordine psichiatrico e reumatologico. La pretesa ricorsuale di considerare un reddito da invalido al 100% non può dunque essere accolta, ma va confermato quanto ritenuto dall'Ufficio assicurazione invalidità: al reddito statistico di Fr. 68'331,30 va dedotto il 20%, per ottenere Fr. 54'689,11

. 2.10. 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. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tenere 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, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. L'Alta Corte, con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014, 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 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. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nelle STF 8C\_730/2019, 8C\_765/2019 e 8C\_9/2020, tutte del 10 giugno 2020 e concernenti casi ticinesi, il Tribunale federale ha ribadito al considerando 4.4.1 che se un reddito da invalido è stabilito in base ai dati statistici, bisogna chiedere se tale ammontare non debba subire una riduzione. L'influsso di tutti i fattori sul reddito (limitazioni relative al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità/tipo di permesso di residenza e grado di occupazione) deve essere valutato nel suo insieme considerando tutte le circostanze del caso concreto, facendo corretto uso del proprio potere di apprezzamento, senza che occorra procedere a una quantificazione separata di ogni fattore di riduzione. In ogni caso, la riduzione non deve superare il 25% (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; 134 V 322 consid. 5.2 pag. 327 seg.; 126 V 75 consid. 5b/bb pag. 80). Inoltre il TF (cfr. consid. 4.4.3), riferendosi all'art. 57 LPGA, ha ricordato che il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire semplicemente il suo apprezzamento a quello dell'autorità amministrativa; egli deve appoggiarsi sulle circostanze che sono di natura a dimostrare il proprio apprezzamento come il più appropriato (DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 con riferimento). Soprattutto, l'Alta Corte ha osservato quanto segue: "

#### **E. 4.4**

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire

alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto 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, a suo favore (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 Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24

ottobre 2012 in un caso ticinese -, trattandosi delle divergenze di opinione tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" . Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.4. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo , “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa 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 suddetti criteri. L'esperto deve inoltre esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). Inoltre, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992

pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico ( psychische Fehlentwicklungen ), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che " (...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) ". Con DTF 130 V 352 la nostra Massima Istanza ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, op. cit., pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, il Tribunale federale, 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 ( Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni,

come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: " (...)

#### **E. 4.4.4**

Una riduzione del reddito da invalido può essere applicata soltanto se nel caso concreto sussistono elementi a sostegno della circostanza che la persona assicurata a causa dell'uno o dell'altro criterio (o di più criteri) non può sfruttare professionalmente in un mercato equilibrato del lavoro se non in maniera inferiore alla media la sua restante e limitata capacità lavorativa (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; sentenza 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.2.2 con riferimento). Occorre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C\_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C\_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti). Il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali (sentenze 8C\_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2)". (cfr. A. Bernasconi, " 8C\_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 pag. 49 seg.). 2.11. Nell'evenienza concreta, il ricorrente non comprova né pretende in alcun modo che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Pertanto, l'aumento della deduzione dal reddito da invalido, basato esclusivamente sulle limitazioni derivanti dal danno alla salute, non può essere in concreto concesso (cfr. citate STF 8C\_730/2019, 8C\_765/2019 e 8C\_9/2000, consid. 4). Il ricorrente è infatti in grado comunque di svolgere delle attività semplici contemplate dai settori della produzione e dei servizi previste nella Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di competenze 1, visto che un numero significativo di queste attività sono di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di non portare pesi superiori a 5 kg. Le limitazioni funzionali permettono di eseguire mansioni non qualificate, semplici e ripetitive, quali quelle individuate dal consulente in integrazione professionale, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (doc. 34). Inoltre, considerato che la capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate tiene già conto della limitazione, per il ricorrente, di potere sollevare pesi soltanto fino a 5 kg, non è dunque possibile accordare una deduzione per attività leggere del 10% come effettuato dall'amministrazione. Occorre ancora rilevare che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.2; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2). In un caso ticinese il Tribunale federale ha confermato la conclusione dei giudici cantonali secondo cui la realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato è stata considerata, inoltre, ammissibile, malgrado l'assicurato avesse compiuto

sessant'anni (STF 9C\_916/2009 del 30 agosto 2010 consid. 7.1; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.1 e 4.2.2). Nella DTF 146 V 16 (= SVR 2020 IV Nr. 34) il Tribunale federale ha precisato che il fattore età deve parimenti essere valutato prendendo in considerazione tutte le circostanze concrete. Ciò vale in particolare nell'ambito dei lavori ausiliari sull'ipotetico mercato equilibrato del lavoro, dove un'età avanzata non deve forzatamente agire quale fattore di riduzione del salario (cfr. consid. 7.2.1). Nessuna deduzione è poi stata giustamente concessa al ricorrente per le limitazioni funzionali, visto che la limitazione del rendimento determinato in sede medica le tiene già in considerazione, poiché nel caso di specie la capacità lavorativa dell'80% è da intendere quale riduzione del rendimento del 20% nell'ambito di una presenza durante tutto il giorno. Al riguardo, va evidenziato che alla luce di quanto sottolineato dall'Alta Corte nella STF 9C\_359/2014 del 5 settembre 2014, la riduzione del rendimento non dà luogo ad un'ulteriore riduzione per motivi personali: " 5.4. 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)". Anche nella STF 8C\_163/2015 del 16 giugno 2015 il Tribunale federale ha ricordato che non è possibile, nel momento in cui si valuta l'entità della riduzione percentuale da applicare al reddito da invalido, tenere conto nuovamente della riduzione di rendimento già constatata a livello medico e inclusa nella valutazione della capacità lavorativa residua, onde evitare di prendere in considerazione due volte lo stesso punto di vista (fra le ultime, STCA 32.2021.32 del 13 settembre 2021; STCA 32.2019.118 del 27 aprile 2020; STCA 32.2018.65 del 13 marzo 2019; STCA 32.2017.42 del 5 ottobre 2017). Nella recente STF 8C\_109/2021 del 6 settembre 2021, il TF ha ribadito questi concetti giudicando sulla richiesta del 2015 di aumento, per peggioramento, del diritto alla mezza rendita di invalidità attribuita nel 2001 a un assicurato, nato nel 1959. L'Alta Corte si è al riguardo così espressa: " 5.3.2. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers stellt sein Alter (unabhängig davon, ob mit der IV-Stelle von einem 57-Jährigen oder mit dem Versicherten von einem 59½-Jährigen ausgegangen wird; vgl. zur weiterhin offenen Frage nach dem massgeblichen Zeitpunkt für die Prüfung des altersbedingten Anspruchs auf einen Abzug vom Tabellenlohn: BGE 146 V 16 E. 7.1) keinen Grund dar, der einen leidensbedingten Abzug zu rechtfertigen vermöchte. Denn insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten muss sich ein fortgeschrittenes Alter auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) praxisgemäss nicht zwingend lohnsenkend auswirken. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt ( BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Auch der Einwand, praxisgemäss rechtfertige schon die Tatsache, dass der Beschwerdeführer auf eine wechselbelastende Tätigkeit angewiesen sei, einen 10%igen Leidensabzug, trifft nicht zu. Vielmehr ist stets eine gesamthafte Schätzung gefordert (E. 5.3.1 hiervor). Hier fällt ins Gewicht, dass ein Vollzeitpensum zumutbar ist. Dabei wird gutachtlich eine 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf und/oder ein verlangsamtes Arbeitstempo, berücksichtigt. Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nun aber nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen ( BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweis). Wenn die Vorinstanz deshalb mit Blick auf die Vorgabe einer

wechselbelastenden Arbeit und die zusätzlichen Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit einen Leidensabzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von insgesamt 10 % bestätigt hat, so lässt sich dies nicht als rechtsfehlerhafte Ermessensausübung qualifizieren.". 2.12. Alla luce di quanto qui sopra esposto (in particolare delle sentenze federali del 10 giugno 2020, cfr. consid. 2.10), ricordato che siamo in presenza di un assicurato 56enne - quando è stato valutato medicalmente dai periti - con una capacità lavorativa dell'80% che poteva essere integrato nel mondo del lavoro e svolgere attività semplici e non qualificate, questo Tribunale non può fare eccezionalmente propria la riduzione complessiva del 10% del reddito da invalido operata dall'amministrazione per attività leggere. Di conseguenza, il reddito ipotetico da invalido resta fissato in Fr. 54'689,11 (Fr. 68'361,39 - 20%). 2.13. Da quanto precede discende che confrontando il reddito (ipotetico) da valido di Fr. 68'361,39 che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2019 in attività semplici e ripetitive esercitate al 100% senza il danno alla salute con il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2019 a Fr. 54'689,11 s tante la capacità lavorativa esigibile all'80% in attività adeguate, si ottiene una perdita di guadagno del 20% ([Fr. 68'361,39 - Fr. 54'689,11] : Fr. 68'361,39 x 100). Questo grado di invalidità non dà diritto all'assicurato a una rendita di invalidità, essendo inferiore al grado pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). Ad ogni modo, anche mantenendo la riduzione per motivi personali del 10% operata dall'Ufficio AI oppure accogliendo la pretesa ricorsuale di adottare una riduzione del 20%, il risultato non muterebbe comunque, perché nella prima ipotesi si avrebbe un grado AI del 28% e nella seconda del 36% (Fr. 68'361,39 - Fr. 43'751,29) : Fr. 68'361,39 x 100), tutti insufficienti ai fini dell'ottenimento di una rendita. Il ricorso è di conseguenza integralmente respinto. 2.14. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021, la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico del ricorrente.

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