

2a Camera in qualità di Tribunale delle assicurazioni

# SENTENZA

del 26 giugno 2008

nella vertenza di diritto amministrativo

concernente rendita AI

1. ..., 1956, diplomato metalcostruttore, lavorava da ultimo come manovale presso la ditta di ferramenta ... SA. Il 31 ottobre 2003, veniva licenziato per motivi di salute. Dopo il licenziamento, il lavoratore non riusciva a trovare un impiego e percepiva l'indennità di disoccupazione fino ad estinzione del diritto. Il 27 gennaio 2003, l'assicurato faceva domanda in vista dell'ottenimento di prestazioni da parte dell'assicurazione contro l'invalidità (AI). Il 3 giugno 2004, l'Ufficio AI del Cantone dei Grigioni rifiutava la richiesta, non essendo l'assicurato invalido in misura rilevante ai fini assicurativi. Tale giudizio veniva confermato anche nella decisione su opposizione del 16 giugno 2005. L'assicurato si aggravava in data 11 agosto 2005 al Tribunale amministrativo chiedendo l'assegnazione di una rendita intera d'invalidità previo accertamento complessivo del suo danno alla salute fisico e psichico da parte di uno specialista. Ritenendo che il rapporto dello psichiatra curante inoltrato dal ricorrente al Tribunale non fosse atto a mettere in discussione la diversa valutazione del danno alla salute contenuta nei pareri medici all'incanto, con giudizio 8 novembre 2005 (STA S 05 104) questa Corte respingeva integralmente il ricorso.
2. In data 11 aprile 2007 (procedimento I 927/05), il Tribunale federale accoglieva il ricorso interposto da ... e rinviava gli atti al Tribunale amministrativo per l'espletamento di nuovi accertamenti per chiarire la situazione valetudinaria dell'assicurato dal profilo psichiatrico e ortopedico. Di comune accordo tra tutte le parti, l'ufficio AI si incaricava di ordinare una indagine pluridisciplinare presso il Servizio Accertamento Medico (SAM) di

Bellinzona. L'esame ambulatoriale avveniva il 9, 11, 17 e 19 ottobre 2007. Sulla base di questo esame e della rispettiva perizia pluridisciplinare del 31 ottobre 2007 nonché del rapporto steso dal servizio medico regionale (SMR) del 26 novembre 2007, dopo decreto provvisorio del 4 dicembre e decisioni del 7 marzo 2008, l'ufficio AI respingeva la richiesta di una rendita d'invalidità e non riteneva necessaria alcuna garanzia per la riforma professionale, non raggiungendo il grado d'invalidità il 20% almeno.

Nuovamente, l'assicurato si opponeva al rifiuto adducendo di soffrire di una grave menomazione e di non essere in grado di sostenere la propria famiglia. A comprova del precario stato di salute psichico veniva introdotto dopo il decreto provvisorio il parere del dott. med. ... dell'8 agosto 2005 e dinanzi al Tribunale amministrativo quello della dott. med. ... del 9 maggio 2008.

Per l'ufficio AI, in particolare quest'ultima attestazione medica non sarebbe propria a mettere in dubbio le dettagliate conclusioni alle quali giungeva il team medico che visitava il paziente presso il SAM.

### **Considerando in diritto:**

1. a) Il 1. gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), la quale contiene diverse disposizioni applicabili anche nell'ambito della legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI). La decisione impugnata è stata emanata dopo l'entrata in vigore della LPGA e l'eventuale diritto a rendita inizierebbe a decorrere solo dopo il 1. gennaio 2003. Per decidere sul diritto a rendita o in merito alla riforma professionale trovano conseguentemente applicazione le nuove disposizioni (DTF 130 V 446 cons. 1, 127 V 467 cons. 1 e 121 V 366 cons. 1b). Per quanto riguarda i criteri che regolano la fissazione del grado d'invalidità, le nuove disposizioni della LPGA non apportano comunque cambiamenti sostanziali rispetto alle previgenti disposizioni in vigore fino alla fine del 2002 (DTF 129 V 4 cons. 1.2 e riferimenti e sentenza I 590/03), poiché le definizioni legali contenute agli art. 3-13 LPGA rappresentano di regola la versione codificata della giurisprudenza pronunciata in ultima istanza prima dell'entrata in vigore della nuova legge

(DAS 2005, AI no. 4). Il 1. gennaio 2008 è poi entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Dal momento che nel caso in esame lo stato di fatto giuridicamente determinante (momento dell'eventuale diritto alla rendita o alla riforma) si è realizzato anteriormente al 1. gennaio 2008, le modifiche della 5a revisione della LAI non sono applicabili.

- b) Nella propria sentenza il Tribunale federale rinviava gli atti a questo Giudice affinché venissero espletati i necessari accertamenti medici e prolata una nuova decisione. Per questi motivi, dopo la stesura della perizia del SAM, spettava al Tribunale amministrativo - presso il quale la vertenza era ancora sempre pendente - decidere sul diritto dell'assicurato a prestazioni da parte dell'AI. Dal canto suo, l'ufficio AI ha nuovamente statuito sul diritto a rendita ed a misure di reintegrazione mediante formali decisioni. Anche se tale procedere non è del tutto corretto, dal punto di vista materiale la situazione per il ricorrente non cambia. Tramite le proprie decisioni l'ufficio AI ha ribadito di non ritenere dato il diritto a prestazioni da parte dell'AI, mentre l'istante insorgendo contro detti provvedimenti ha manifestato il desiderio di mantenere le proprie conclusioni. In questo senso, le decisioni prese dall'istanza precedente e le contestazioni del ricorrente rivolte contro dette decisioni vengono da questo Giudice considerate come un ulteriore scambio di scritti processuali nell'ambito dell'originaria procedura di ricorso ancora pendente presso questa sede.
2. I presupposti materiali per il diritto ad una rendita d'invalidità sono già stati esposti nel giudizio precedente e nella sentenza della massima Corte federale. Basti al proposito ricordare che giusta l'art. 28 LAI l'assicurato invalido almeno al 40% ha diritto a una rendita. Secondo il grado d'invalidità, la rendita è graduata come segue: per un grado d'invalidità di almeno il 40% esiste il diritto ad una rendita di un quarto, per almeno il 50% ad una rendita della metà, per almeno il 60% ad una rendita di tre quarti e per almeno il 70% ad una rendita intera d'invalidità. E' considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGA e vedi anche art. 4 LAI). E' considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, provocata da un danno alla salute fisica

o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione esigibili, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione (art. 7 LPGGA). Giusta quanto previsto agli art. 16 LPGGA e 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (DTF 128 V 30 cons. 1). L'invalidità è allora definita come la limitazione, addebitabile ad un danno alla salute assicurato, della capacità di guadagno media sul mercato equilibrato del lavoro (DTF 127 V 298 cons. 4c) entrante in linea di conto per l'assicurato. L'invalidità è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 110 V 275 cons. 4a, 109 V 32 cons. 2a, 105 V 207 e 102 V 166). E' vero che sul danno alla salute è competente a pronunciarsi il medico (DTF 114 V 314 cons. 3c e 105 V 158 cons. 1). A questi spetta descrivere la menomazione fisica o psichica di cui l'assicurato è portatore e specificare quali impedimenti funzionali ne derivano. E' poi compito dell'amministrazione stabilire e valutare quali siano, alla luce dei dati medici raccolti, le reali possibilità di lavoro di cui l'assicurato dispone e poter così stabilire quale potrebbe ancora essere il reddito conseguibile da invalido (DTF 125 V 261 cons. 4, 115 V 134 cons. 2, 114 V 314 cons. 3c e 105 V 158 cons. 1).

3. a) In base alle relazioni mediche agli atti nell'ambito del primo procedimento, l'assicurato - che soffre di una sindrome cervicale e lombosacrale su discopatie, spondilartrosi multisegmentale e di uno stato ansioso depressivo (relazioni del 7 maggio 2003 del medico curante, 7 marzo 2003 del dott. med. ... e 25 febbraio 2004 del dott. med. ...) – non veniva più reputato atto a svolgere la precedente attività di manovale, trattandosi di un lavoro troppo pesante. Per contro, in un'attività a carattere leggero o mediamente pesante, il paziente era reputato abile al lavoro in misura completa. Le conseguenze psichiche del danno alla salute non erano state considerate incidere sulla residua capacità lucrativa. Questa valutazione medica era stata considerata insufficiente dal Tribunale federale, il quale chiedeva che venissero fatti dei

nuovi accertamenti per chiarire la situazione valetudinaria dell'assicurato dal profilo psichiatrico e ortopedico.

- b) Presso il SAM, l'istante veniva sottoposto ad un consulto psichiatrico, neurologico e reumatologico. Nella propria valutazione del 23 ottobre 2007, lo psichiatra dott. med. ... concludeva alla presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente di lieve entità che si traduceva in una incapacità lavorativa del 10% nell'attività abituale e per altre attività medicoteoriche a partire dal 2001. La riduzione era giustificata dalla sensazione soggettiva di facile esauribilità e stenia che rendevano il paziente lento, impreciso, inaffidabile e con una maggior affaticabilità e una minore resistenza al lavoro in modo lieve. Per il dott. med. ... non vi era alcun correlato oggettivo in grado di spiegare l'importanza dei disturbi e dell'inabilità dal punto di vista reumatologico. Il quadro radiologico era del tutto normale per una persona dell'età del paziente e il medico riteneva pertanto probabile la presenza di una sindrome da amplificazione dei sintomi. Sul piano valetudinario riteneva pertanto che reumatologicamente il paziente fosse totalmente abile al lavoro in qualità di operaio non qualificato in un qualsiasi ambito. Infine, anche il dott. med. ... non poteva evidenziare alcuna radicolopatia lombare a giustificazione delle lombalgie lamentate dal paziente. Come unica diagnosi il neurologo poneva il sospetto di un canale spinale lombare stretto, dal quale non deriverebbe però alcuna incapacità lavorativa né nell'abituale mestiere né in altri mestieri analoghi o in attività con sforzi fisici minori. Per i dolori lombari e cervicali il medico non intravedeva alcuna compromissione della capacità lavorativa. A causa dei deficit della memoria che il paziente lamentava, veniva pure effettuata una valutazione neuropsicologica approfondita, che risultava però nella norma. Nella complessiva valutazione medica di tutte le patologie, i medici del SAM valutavano sussistere una capacità del 90% nella precedente attività e in qualsiasi altro settore di attività. Alla luce degli accertamenti condotti, non era infatti possibile confermare una prolungata e importante diminuzione della capacità di lavoro per motivi fisici, ma la lieve riduzione del rendimento era da ricondurre a motivi di carattere psichiatrico.

- c) Quanto al valore probatorio attribuito ai referti medici fatti allestire da un tribunale o dall'amministrazione conformemente alle regole di procedura applicabili, il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire che se questi ultimi sono stati resi sulla base di accertamenti approfonditi e completi, in piena conoscenza dell'incarto e giungono a dei risultati convincenti, il giudice non vi si discosta se non in presenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (DTF 125 V 353 cons. 3b/ee). L'istante pretende a torto di contestare la valutazione fatta dallo psichiatra del SAM presentando, accanto ad una valutazione del dott. med. ... dell'8 agosto 2005, una relazione della psichiatra curante dott. med. ... Per quanto riguarda la valutazione psichiatrica del 2005, priva di una valutazione in merito alla capacità lavorativa del paziente, questa è da considerarsi superata dall'esame condotto due anni più tardi presso il SAM. Nel rapporto medico 9 maggio 2008, la psichiatra curante diagnosticava un episodio depressivo di media gravità caratterizzato da una mancata reattività emotiva nei confronti delle circostanze e degli eventi normalmente piacevoli, insonnia tardiva e una chiara agitazione. Per il resto, venivano dettagliatamente elencati i disturbi riferiti dal paziente, ma senza alcuna valutazione dell'incidenza di questo quadro soggettivo sulla capacità lavorativa. Per questo Giudice, la relazione presentata non apporta nulla di nuovo nella valutazione del danno psichico e non è in particolare suscettibile di mettere in dubbio il ben fondato delle conclusioni del SAM, frutto di una minuziosa e pluridisciplinare indagine medica, compresa quella psichiatrica, e del SAM.
4. In principio, poiché nella precedente attività il grado d'incapacità accertato è del 10%, questo grado d'impedimento corrisponderebbe anche al grado d'invalidità. L'istante non svolge però più da anni il precedente lavoro, per cui si giustifica la determinazione del grado d'invalidità in base al paragone dei redditi giusta l'art. 16 LGA. Come è già stato esposto nel giudizio precedente, anche dando seguito alla richiesta dell'istante - e quindi partendo da un reddito ipotetico da valido per il 2003 di fr. 48'200.00 sulla base di una remunerazione oraria di fr. 20.60 per 45 ore settimanali - il risultato del caso concreto non cambierebbe comunque.

5. a) Conformemente alla giurisprudenza del TFA, per la determinazione del reddito conseguibile da invalido - nei casi in cui un assicurato non ha ripreso l'attività dopo l'insorgenza del danno alla salute come nel caso concreto - vanno prese a confronto le tabelle ISS (inchiesta sulla struttura dei salari) emanate dall'ufficio federale di statistica (DTF 126 V 76 cons. 3b, 124 V 323 cons. 3b bb e per i Grigioni sentenze non pubblicate del 21 febbraio 2003, no. I 750/02, 13 marzo 2003, no. I 103/02 e del 30 gennaio 2004, no. I 325/02). Il Tribunale federale, nella propria seduta plenaria del 10 novembre 2005, ha poi deciso che il reddito ipotetico da invalido deve essere stabilito sulla base della tabella TA1 dell'ISS concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato (sentenze I 927/05 e U 381/05). In questo modo viene garantito un uguale trattamento di tutti gli interessati.
- b) Concretamente, secondo la tabella TA1 dell'ISS, riferita al 2002, lo stipendio lordo mensile (40 ore settimanali) di un uomo per attività semplici e ripetitive (livello di qualifica 4) nel settore privato era di fr. 4'557.00. La scelta del livello di qualifica 4, malgrado tale limitazione non sembrerebbe più giustificata sulla base della perizia SAM (il ricorrente è una persona che gode di una specifica qualifica professionale), è reputata da questo Giudice comunque indicata, poiché vengono con ciò in ogni caso tenute nella giusta considerazione le precedenti conclusioni mediche relative agli impedimenti fisici. Poiché i dati si riferiscono ad un tempo di lavoro di 40 ore settimanali, mentre il tempo di lavoro medio è di 41.7 ore settimanali, e tenendo in considerazione un incremento dei salari per il 2003 rispetto al 2002 dell'1.4% (vedi Die Volkswirtschaft, 4/2004, tabelle B 9.2 e 10.2) ne risulta un reddito annuo di fr. 57'806.20, che ridotto al 90% - in ragione della residua abilità lucrativa medico-teorica - corrisponde a fr. 52'025.60.
- c) L'istanza inferiore aveva poi operato una riduzione del 15%. Se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), ritenuto che una deduzione

massima del 25% del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro e che il giudice, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 129 V 481 cons. 4.2.3, 126 V 80 cons. 5b/cc e 6). Mentre inizialmente si tendeva ad applicare una riduzione standard del 25%, la giurisprudenza più recente ha più volte confermato la necessità di operare tali riduzioni, per quanto giustificate dalle concrete circostanze del caso specifico (STA S 06 46 e riferimenti). Nel caso in parola, l'assicurato accusa una diminuzione del proprio rendimento del 10%. Per il resto non vengono poste altre condizioni al posto di lavoro. Egli gode poi di una formazione professionale specifica che, a seconda del tipo d'impiego che lo occuperà, potrà anche in parte tornargli utile nell'esercizio della nuova attività. Per il Tribunale amministrativo, operando una riduzione del 15% la convenuta ha giustamente considerato la specifica situazione del caso in esame.

6. Il reddito ipotetico da invalido così stabilito corrisponde pertanto a fr. 44'221.80 (fr. 52'025.60 – 15%). Dal confronto dei redditi (fr. 48'200.00 e fr. 44'221.80) ne risulta un grado d'invalidità dell'8.3% che esclude qualsiasi diritto ad una rendita d'invalidità o a misure di reintegrazione professionale, poiché il diritto a rendita nasce a partire da un grado d'invalidità di almeno il 40% e quello ad una riforma professionale a partire da un grado d'impedimento del 20%. Ne discende che la decisione di rifiutare al petente prestazioni da parte dell'Al merita conferma e il ricorso deve essere integralmente respinto. In considerazione del fatto che la decisione è stata prolata prima dell'entrata in vigore della modifica legislativa di cui all'art. 69 cpv. 1bis LAI, la presente procedura è gratuita.

### **Il Tribunale decide:**

1. Il ricorso è respinto.

2. La procedura è gratuita.