

TI_GERICHTE 32.2008.45 vom 11. Februar 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-02-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.45

FR: TI_GERICHTE 32.2008.45 du 11 février 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.45 del 11 febbraio 2008

Regeste

Assenza grado di invalidità sufficiente

Erwägungen

E. 4

Diagnosi Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra, su - instabilità segmentale in discopatie plurisegmentali (osteocondrosi L3/4 con protrusione discale mediana, osteocondrosi L4/5, con grossa ernia discale mediana leggermente paramediana a sinistra con importante restringimento del canale spinale e compressione delle radici sottostanti in particolare L5 bilateralmente, alla risonanza lombare del 31.12.2004), - disturbi statici del rachide (scoliosi dorsolombare), - decondizionamento muscolare." (Doc. AI 26-6) esponendo le seguenti valutazioni e conclusioni: " Valutazione: (...) Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico, possiamo dunque porre le diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra, su instabilità segmentale in discopatie plurisegmentali (osteocondrosi L3/4 con protrusione discale mediana, osteocondrosi L4/5, con grossa ernia discale mediana leggermente paramediana a sinistra con importante restringimento del canale spinale e compressione delle radici sottostanti in particolare L5 bilateralmente, alla risonanza magnetica lombare del 31.12.2004), disturbi statici del rachide (scoliosi dorsolombare), decondizionamento muscolare. E'auspicabile un rinforzo del corsetto muscolare onde stabilizzare i segmenti lombari. Le misure terapeutiche saranno in grado di migliorare la resistenza agli sforzi fisici, ma non necessariamente la capacità lavorativa. La valutazione della capacità lavorativa è paragonabile a quella da me formulata alla visita peritale precedente il 22.11.2005, in quanto lo stato di salute è rimasto sostanzialmente invariato. Giudico come lavoro adatto allo stato di salute, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), possibilmente senza movimenti di flessione e torsione del tronco, con la possibilità di cambiare spesso le posizioni corporee, evitando posizioni statiche; l'assicurato deve avere la possibilità di alternare la posizione seduta a quella eretta e viceversa ogni 30 minuti. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100% a partire dal giorno dell'ultima perizia, ossia dal 21.11.2005. Come magazziniere nelle mansioni da ultimo esercitate come pure nella sua attività professionale iniziale di idraulico, riconfermo l'inabilità lavorativa nella misura dei 2/3, dal 10.1.2005. B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Giudico come lavoro adatto allo stato di salute, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), possibilmente senza movimenti di flessione e torsione del tronco, con la possibilità di cambiare spesso le posizioni corporee, evitando posizioni statiche; l'assicurato deve avere la possibilità di alternare la posizione seduta a quella eretta e viceversa ogni 30 minuti. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un

rendimento massimo del 100% a partire dal giorno dell'ultima perizia, ossia dal 22.11.2005. Come magazziniere nelle mansioni da ultimo esercitate come pure nella sua attività professionale iniziale di idraulico, riconfermo l'inabilità lavorativa nella misura dei 2/3, dal 10.1.2005." (Doc. AI 26) Chiamato a pronunciarsi, nel rapporto finale del 14 dicembre 2007 il consulente in integrazione professionale, basandosi sulle risultanze peritali, ha concluso per una perdita di guadagno del 10% calcolata come segue: " (...) Calcolo CGR - senza (ri)formazione specifica Reddito da valido Fr. 3'400 x 13 = 44'200 anno 2005. Aggiornando il dato al 2006 si ottiene Fr 44'730. Reddito da invalido Facendo riferimento alle tabelle RSS (TA1) con una capacità lavorativa del 80% (abilità del 100% con riduzione del rendimento del 20% per necessità di cambiare postura ogni 30 minuti) e con riduzione del 10% per attività leggera, 5% lungo periodo d'inattività risulta un reddito da invalido di Fr. 40'254 CGR 44'730 - 40'254 X 100 = 10% 44730 L'A. presenta una capacità di guadagno residua del 90% e un grado d'invalidità del 10% ." (Doc. AI 28 e per esteso al consid. 2.10) Di conseguenza, con il provvedimento contestato, confermativo di un progetto di decisione del 19 dicembre 2007, l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita di invalidità concludendo per un grado di invalidità del 10% (doc. AI 30-3 e 39 e cfr. sopra consid. 1.1). Con comunicazione del 19 dicembre 2007 l'amministrazione AI ha inoltre comunicato all'assicurato che egli aveva diritto al collocamento (doc. AI 31). Tuttavia, in data 11 gennaio 2008 il padre ha comunicato telefonicamente all'Ufficio AI che il figlio non avrebbe partecipato al previsto colloquio per chiarire gli aspetti professionali (doc. AI 34). Unitamente alle osservazioni del 7 febbraio 2008 la legale del richiedente ha prodotto un attestato di inabilità totale della durata di un mese a decorrere dal 28 gennaio 2008 della _____ (doc. AI 42) oltre a una certificazione del 17 gennaio 2008 del dr. _____, internista, del seguente tenore: " C on la presente riassumo ben volentieri la cartella medica allestita dal Dr. _____ fino al 3d novembre 2007, data del trapasso dello studio medico a me. Il Dr. _____ seguiva il paziente dal 30.12.2004 per una lombosciatalgia sinistra accusata dal paziente a causa di un'ernia del disco L4-L5 con restringimento del canale spinale e compressione delle radici sottostanti (documentata tramite risonanza magnetica). Da questo primo contatto il Sig. RI 1 si presenta mensilmente per controlli e proposte terapeutiche, ma rimane inabile al lavoro al 100%. Vari esami, valutazioni specialistiche da parte dei reumatologo, neurochirurgo dell'Ospedale _____ e della _____ di _____, ricoveri presso la clinica di riabilitazione di _____ ecc. non portano ad una risoluzione della I sintomatologia algica invalidante. Il Sig. RI 1 rimane inabile al lavoro al 100% e dipendente da farmaci anti-infiammatori/anti-dolorifici nonostante una fisioterapia regolare. Vedendo questi atti con un decorso poco favorevole degli ultimi anni e dalla mia esperienza di casi simili, posso senz'altro confermare che questa malattia cronicizzata ha una prognosi incerta. Visto però l'età giovane del paziente e la valutazione finale dell'ultima perizia eseguita dal Dr. _____ per incarico dell'AI, propongo e sostengo una riqualifica professionale e consiglio una reintegrazione professionale per evitare ulteriori conseguenze negative per la salute psicofisica del paziente." (Doc. AI 42) Nelle sue Annotazioni 12 febbraio 2008 il medico SMR dr. _____ ha affermato quanto segue: " La valutazione peritale reumatologica del Dr. _____ dei 25.06.2007, non presenta alcuna discordanza con le valutazioni oppositive dell'Avv. RA 1 del 11.02.2008. In particolare nelle osservazioni dell'Avvocato stesso si mette in luce: 1) Si cita che (vedere pagina 4): "i dolori lamentati...sono invalidanti e persistenti che lo obbligano, non solo a continui cambiamenti di posizione ogni 30 minuti" - Difatti ogni trenta minuti nella valutazione peritale

reumatologica Dr. _____ l'A può alternare la posizione ogni 30 minuti. 2) Si cita (sempre pagina 4): " è escluso che egli possa esercitare un'attività lavorativa che lo obblighi a sollevare pesi oltre i 10 chili ed avere posizioni stazionarie per più di 30 minuti". - Ancora sono citate delle non correttezze, perché sempre dalla valutazione peritale Dr. _____ sono esigibili attività con carichi variabili (carico massimo 10 chili), e ancora come sopra, FA può e deve alternare la posizione da seduta a quella eretta e viceversa ogni 30 minuti. Quindi anche questa precisazione dell'Avv. RA 1 è inesatta. Le due certificazioni mediche pervenute agli atti: 1) Dr. med. _____ (internista) non apporta alcun nuovo elemento che non sia già stato valutato dalla perizia Dr. _____ . 2) Il certificato del Dr. med. _____ certifica una IL 100% dal 28.01.2008 al 29.02.2008. per un disturbo alla colonna vertebrale. 3) Le citazioni e valutazioni mediche presenti nelle osservazioni (pagina 2), sono state già prese in considerazione dal Dr. _____ al momento della perizia del 25.06.2007. Valida la valutazione peritale del Dr. med. _____ del 25.06.2007." (Doc. AI 44) 2.7. Con il presente ricorso l'assicurato ribadisce in sostanza che il suo stato di salute sarebbe tale da giustificare il riconoscimento di una rendita, sottolineando in particolare la necessità di esperire ulteriori accertamenti specialistici (I; cfr. sopra consid. 1.2). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, 1997, p. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01). Inoltre, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04, consid. 1.2). 2.8. Nell'evenienza concreta, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal dr. _____, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.7). Lo specialista in reumatologia FMH, esaminata tutta la documentazione medica esistente, nel suo rapporto all'AI del 25 giugno 2007, poste le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra,

disturbi statici del rachide (scoliosi dorsolombare) e decondizionamento muscolare” ha concluso esponendo come in un’attività idonea, con carichi variabili e di massimi 10 kg, possibilmente senza movimenti di flessione e torsione del tronco, con la possibilità di cambiare spesso le posizioni corporee (alternando la posizione seduta e quella eretta ogni 30 minuti) ed evitando posizioni statiche, l’assicurato era da considerare completamente abile al lavoro. Nella sua attività di magazziniere o di idraulico invece andava considerato inabile nella misura dei 2/3. Il perito ha pure sottolineato che la situazione del paziente era da considerare invariata rispetto a quella da lui rilevata in occasione della precedente visita del 22 novembre 2005 (cfr. doc. AI 26 e per esteso sopra al consid. 2.6). Tale referto reumatologico appare senza dubbio approfondito e dettagliato e questo Tribunale non ha motivi per ritenerlo incompleto o lacunoso. In particolare, questa esaustiva valutazione specialistica non è stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti una diversa valenza invalidante delle medesime patologie o un peggioramento delle sintomatologie. Quanto prodotto dal ricorrente al fine di dimostrare, a suo modo di vedere, una sua maggior inabilità al lavoro a causa delle patologie che lo affliggono, difatti, non è in grado di sovvertire le conclusioni del perito interpellato dall’amministrazione o attestare un peggioramento delle sue affezioni rispetto a quanto valutato in sede peritale. In effetti il certificato del 30 gennaio 2008 della clinica _____ si limita ad attestare un’inabilità lavorativa limitata ad un periodo di un mese senza fornire peraltro motivazioni in proposito (doc. AI 42-14). Quanto poi all’attestato del 17 gennaio 2008 del dr. _____, internista che è subentrato al dr. _____ quale medico curante dell’assicurato, lo stesso si limita in sostanza a genericamente riferire le precedenti conclusioni del dr. _____, le quali si esauriscono in definitiva in un apprezzamento differente – e non motivato - delle ripercussioni sulla capacità lavorativa delle medesime affezioni alla salute (doc. AI 42-13). Del resto nemmeno può modificare le suesposte conclusioni il certificato 18 febbraio 2008 del dr. _____ della _____, dal quale risulta unicamente che vengono consigliati ulteriori accertamenti per valutare l’origine della sintomatologia algica e, quindi, provvedimenti adeguati. Valutando i reperti radiologici il medico rileva una situazione sostanzialmente invariata ad eccezione di una lieve progressione dell’ernia mediale (doc. 1). Con riferimento a questi due ultimi certificati del resto con pertinenza si è espresso il medico SMR nelle sue Annotazioni del 12 febbraio 2008 (cfr. doc. AI 44 e sopra al consid. 2.6 in fine). Né del resto permette una diversa conclusione il certificato del 7 maggio 2008 del dr. _____, nuovo medico curante del ricorrente, prodotto in sede ricorsuale (doc. VIbis). Questo referto, assai succinto, si limita in effetti ad affermare il persistere di una totale inabilità al lavoro a motivo del “ peggioramento dello stato di salute del signor RI 1, il quale presenta un’ernia discale L4-L5 con restringimento del canale spinale e compressione delle radici sottostati” aggiungendo che “ a ciò va aggiunto che il paziente necessita anche un supporto psicologico; è stato infatti preso appuntamento per visita specialistica dal Dr. med. _____ a _____ . ” Ora, risulta evidente che tale certificato non fa altro che confermare la nota diagnosi di ernia discale senza tuttavia motivare o documentare il giudizio sull’inabilità lavorativa che ne è tratto. Quanto poi all’osservazione, generica, che il paziente avrebbe necessità di un supporto psicologico, la stessa non permette evidentemente di trarre delle conclusioni diverse in merito alla capacità lavorativa dell’assicurato, non da ultimo giacché non suffragata da alcun rapporto allestito da un medico psichiatra. A prescindere infatti dalle considerazioni generali che si impongono sul tema dell’attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia degli assicurati (cfr. in proposito al consid. 2.7), il medico curante del ricorrente, che tra l’altro non è specialista

nella materia che qui interessa, non fa altro che rielencare disturbi e diagnosi già noti traendo una valutazione diversa della quantificazione delle ripercussioni sulla capacità lavorativa delle medesime patologie di cui soffre il ricorrente. A detta differente e generica valutazione questo TCA, ribadite l'affidabilità e la completezza della perizia fatta esperire dal dr _____, non può comunque aderire. Infine, nemmeno il certificato 24 giugno 2008 della _____ prodotto in corso di causa (doc. VIIIbis) permette di dipartirsi dalle conclusioni dell'amministrazione. In effetti lo stesso conferma le note diagnosi ribadendo che un intervento chirurgico sarebbe indicato ma al momento rifiutato dal paziente, non restando di conseguenza attualmente che la via di un procedere conservativo.

Contrariamente a quanto sostenuto dalla legale del ricorrente, tale certificato non attesta un'incapacità lavorativa totale, ma si limita ad affermare che permanendo un procedere "conservativo" (e non chirurgico), il paziente non è al 100% capace al lavoro ("der Patient ist unter dieser Behandlung keinesfalls zu 100% arbeitsfähig"). Del resto la conclusione di, perlomeno parziale, inabilità non viene minimamente specificata o motivata. Né infine i rapporti del prof. _____ agli atti possono in qualche modo giustificare una diversa valutazione delle residue capacità lavorative dell'interessato. A prescindere dal fatto che le stesse risalgono all'ottobre 2006, esse si limitano in effetti a confermare le note diagnosi e l'opportunità di un approccio chirurgico della problematica, definita comunque come suscettibile di miglioramento, concludendo per una totale inabilità lavorativa nella precedente attività lavorativa di magazziniere, conclusione questa che del resto poco si distanzia da quella del perito dr. _____ il quale ha dichiarato che in tale professione l'inabilità era da considerare di 2/3 (doc. AI 14-1 e 26; e cfr. sopra consid. 2.6). Se ne deve concludere che il ricorrente non ha in sostanza prodotto alcun certificato medico atto a dimostrare che, al momento dell'emanazione dell'atto impugnato (il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; fr. DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b) , i disturbi di cui è affetto incidano sulla sua capacità lavorativa in maniera superiore a quanto appurato dal perito. A tal proposito va 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 si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso 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 conclusione, rispecchiando la perizia del dr. _____, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. doc. AI 26 e consid. 2.6 e 2.7), alla stessa può esser fatto riferimento. Inoltre, non essendo l'interessato affetto da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das

Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che sino al momento dell'emanazione del querelato provvedimento l'assicurato presentava una capacità lavorativa del 100% in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali.

2.9. Per quanto riguarda la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto al consid. 2.4 che precede, va ricordato che l'inabilità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'inabilità 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 (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op. cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'inabilità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b).

2.10. Nel caso in esame, nella decisione impugnata l'amministrazione, basandosi su quanto indicato dal consulente IP nel suo rapporto 14 dicembre 2007 (doc. AI 28-1), ha stabilito un grado d'inabilità del 10%. Gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione al fine di determinare il grado di inabilità dell'assicurato meritano sostanziale conferma. In particolare, il consulente in integrazione professionale, nel suo rapporto finale, ha affermato quanto segue: " Stato di salute - danno alla salute e relativi impedimenti, osservazioni generali, limitazioni Dalla perizia reumatologica del Dr. med _____ del 25 giugno

2007 risulta che l'A. soffre di problemi reumatologici. Giudico come lavoro adatto allo stato di salute, un'attività con carichi variabili (carico massimo 10 kg), possibilmente senza movimenti di flessione e torsione del tronco, con la possibilità di cambiare spesso le posizioni corporee, evitando posizioni statiche, l'assicurato deve avere la possibilità di alternare la posizione seduta a quella eretta e viceversa ogni 30 minuti. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100% a partire dal giorno dell'ultima perizia ossia dal 22.11.2005. Come magazziniere nelle mansioni da ultimo esercitate come pure nella sua attività professionale iniziale di idraulico, riconfermo l'inabilità lavorativa nella misura dei 2/3 dal 10.1.2005. Formazione scolastica e professionale - grado raggiunto (elementari, medie, ecc.), durata, mansioni, specializzazioni, retribuzioni L'A. ha frequentato le scuole elementari, le scuole medie, seguendo in seguito un apprendistato come idraulico con certificato di capacità, nella professione appresa ha lavorato solo per poco tempo, per diversi periodi è poi rimasto in disoccupazione; nel 2001 ha seguito un corso di informatica con certificato, nel 2001-2002 uno di segretariato con certificato, dal 25.4.1998 al 30.5.2000 è stato attivo come ausiliario di polizia nel controllo traffico fermo, dal 26.9.2000 al 30.11.2000 come agente di sicurezza nel controllo edifici, dall'8.01.2001 al 25.3.2001 come aspirante guardia di confine, dal 1.3.2002 al 31.12.2002 come magazziniere nel ramo delle forniture sanitarie, dal 10.2.2003 al 30.4.2005 come magazziniere nel settore forniture abbigliamento, preparazione e spedizione del materiale, si trattava da ultimo di un'attività svolta quasi esclusivamente in piedi, salvo quando doveva allestire le fatture, stando seduto per circa 30 minuti, i pesi da trasportare variavano ed arrivavano fino ai 30 kg. A partire dal 10.1.2005 risultava inabile al lavoro al 100%, durante la malattia la ditta terminava la propria attività licenziando tutti i dipendenti. Attività esigibili - senza (ri)formazione specifica Considerando la diagnosi e i limiti funzionali che l'A. presenta sono esigibili tutte quelle attività non qualificate semplici e ripetitive tipiche del settore Secondario e Terziario che rispettano i limiti invalidanti e nel contempo il profilo attitudinale (personale e professionale) dell'A. Si tratta di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Esempi: l'A. potrebbe essere impiegato in lavori di controllo/sorveglianza, confezione, stampa, come pure operaio generico (assemblaggio, produzione, stampa, lucidatura,...), portiere, autista, fattorino di merce leggera, venditore non qualificato. Calcolo CGR - senza (ri)formazione specifica Reddito da valido Fr. 3'400 x 13 = 44'200 anno 2005. Aggiornando il dato al 2006 si ottiene Fr 44'730. Reddito da invalido Facendo riferimento alle tabelle RSS (TA1) con una capacità lavorativa del 80% (abilità del 100% con riduzione del rendimento del 20% per necessità di cambiare postura ogni 30 minuti) e con riduzione del 10% per attività leggera, 5% per lungo periodo d'inattività risulta un reddito da invalido di Fr. 40'254 CGR 44'730 - 40'254 X 100 = 10% 44730 L'A. presenta una capacità di guadagno residua del 90% e un grado d'invalidità del 10% ." (Doc. AI 28) L'Ufficio AI ha quindi stabilito un grado di invalidità del 10% (doc. AI 36 e 48). Tali accertamenti e conclusioni, che sono peraltro rimasti di per sé incontestati dal ricorrente, meritano conferma, anche avuto riguardo alla corretta applicazione, nella determinazione del reddito da invalido, dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica in applicazione della giurisprudenza de TF (cfr. sentenza inedita del 5 settembre 2006 nella causa P. (I 222/04; sentenza 22 agosto 2006 in re K, I 424/05). Va pure osservato che pure corretta, e senz'altro generosa, è stata in concreto l'applicazione di riduzioni sul

salario statistico teorico, in ossequio alla giurisprudenza federale per la quale occorre esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio, nella misura percentuale massima del 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc; cfr. anche STFA del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05 e STFA del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04). In effetti l'amministrazione, considerata innanzitutto una capacità lavorativa dell'80% (abilità del 100% ma riduzione del rendimento del 20% per necessità di cambiare postura ogni 30 minuti) ha poi applicato una prima ulteriore riduzione del 10% per attività leggera (cfr. in proposito STCA del 12 giugno 2008 nella causa P., 32.2007.208) e un'altra del 5% per il lungo periodo di inattività. D'altra parte, nella misura in cui la patrocinatrice del ricorrente sembra contestare la capacità lavorativa residua dell'interessato in attività adeguate, tale censura va respinta. In effetti, al riguardo, va rilevato che la contestazione relativa alla capacità lavorativa dell'assicurato dal punto di vista medico non ha nessuna ragione d'essere, ritenuto che, come ampiamente visto in precedenza (cfr. consid. 2.8), le sue condizioni di salute sono state accuratamente e dettagliatamente valutate in sede medica. Quanto alla concreta reperibilità sul mercato del lavoro di attività ancora esigibili, contrariamente a quanto ritiene l'interessato, considerate le limitazioni nello svolgimento dell'attività lucrativa fornite dal perito reumatologo (doc. AI 26 e consid. 2.6), il consulente ha fatto riferimento al settore secondario e terziario, in attività semplici, leggere e poco qualificate e confacenti al danno alla salute. Nel suo rapporto 14 dicembre 2007 ha indicato che, viste le limitazioni funzionali indicate dal perito, l'assicurato potrebbe ancora svolgere attività come impiegato o operaio generico addetto a lavori d'incasso, d'assemblaggio, di confezione o produzione di prodotti, di controllo, di stampa, di lucidatura, ecc., oppure quale autista, fattorino di merce leggera, venditore non qualificato (doc. AI 28-2). Il consulente ha quindi ritenuto che sulla base di queste considerazioni il mercato del lavoro sia ancora sufficientemente ampio da considerare l'interessato reintegrabile nel normale ciclo produttivo. Va qui innanzitutto ricordato che, conformemente alla giurisprudenza del TFA, di fronte ad un ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive presenti sul mercato, è sufficiente che venga fatto riferimento alle tabelle statistiche salariali di quel settore (STFA inedita 5 giugno 2001 in re A, I 324/00, consid. 2b). Inoltre, come visto in precedenza, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno, mettendo a frutto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione. 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 28 consid. 4; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). A i 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 (DTF 110 V 276; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 212). 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 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 (cfr. ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 3a edizione, Berna 2003, pag. 124). Infine, il TFA, in una sentenza del 25 febbraio 2003 nelle cause P. (U 329-330/01), ha ribadito che se da una parte è compito dell'amministrazione rispettivamente del giudice indicare possibilità di lavoro concrete, dall'altra non vanno poste esigenze troppo elevate: " (...)

E. 4.7

La tesi cantonale, in quanto conforme alla giurisprudenza federale, va senz'altro confermata. In effetti, contrariamente a quanto ritiene l'assicurata, questa Corte ha già ripetutamente statuito in casi con limitazioni funzionali analoghe che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda anche sentenza del 4 aprile 2002 in re W., I 401/01, consid. 4c.). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale femminile non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare appunto nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e con possibilità di cambiare frequentemente posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). In tale ambito bisogna pure considerare la ancor giovane età dell'interessata con conseguente presumibile buon potenziale di adattamento ad una nuova professione (cfr. SVR 1995 UV no. 35 pag. 106 consid. 5b; e contrario sentenza già citata del 4 aprile 2002 in re W. consid. 4a-d). Inoltre 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 questa Corte 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 (VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda nuovamente sentenza del 4 aprile 2002 in re W. consid. 4c). Certo, non si misconoscono gli sforzi e gli inconvenienti che la messa a profitto della residua capacità lavorativa dell'interessata comporterà. Tuttavia, essi non appaiono sproporzionati né inesigibili, ricordato altresì che per un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali l'assicurato ha l'obbligo di intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 127 V 297 consid. 4b/cc; DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3). In quanto infondato su questo punto il ricorso di P. _____ va quindi respinto. (...)." In concreto, tenuto conto segnatamente degli aspetti reumatologici e vista la giurisprudenza appena esposta, questo TCA ritiene che sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione vi sono delle attività esigibili da parte dell'assicurato. 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 o una particolare preparazione professionale specifica e che possono essere svolte sia in posizione seduta che eretta (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione o produzione di prodotti, di controllo, di stampa, di lucidatura, ecc.) oppure quale autista, fattorino di merce leggera, venditore non qualificato, commesso in un chiosco con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. A quest'ultimo proposito va pure rilevato che egli

trascura che l'amministrazione, mediante comunicazione del 19 dicembre 2007 (doc. AI 31-1), gli ha offerto l'opportunità di usufruire della consulenza e del sostegno nella ricerca di un impiego adeguato tramite i collocatori dell'AI. (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4.; in merito cfr. anche Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, RDAT I 2003 pag. 595s). Di tale servizio l'assicurato non ha tuttavia voluto beneficiare. Va detto infine che alla medesima conclusione in punto al grado di invalidità si giungerebbe con ogni verosimiglianza anche volendo aggiornare i redditi (da valido e da invalido) fino al 2008 (come visto, occorre valutare se vi è stata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento sino al momento della decisione impugnata, cfr. consid. 2.4. in fine). 2.11. Di fronte al TCA il nuovo curante dr. _____ ha fatto presente che il ricorrente necessita attualmente di un supporto psicologico per il quale sarebbe stato annunciato presso lo psichiatra dr. _____ (VIbis). Orbene, ricordato che ai sensi dell'art. 88a cpv. 2 OAI in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, ai fini del diritto alle prestazioni, occorre tener conto del cambiamento determinante se lo stesso perdura almeno da tre mesi senza interruzione notevole, ritenuto inoltre che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione su opposizione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa - in concreto l'11 febbraio 2008 -, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) -, gli eventuali effetti sulla capacità lavorativa di una problematica psichiatrica insorta in data non precisata ma comunque verosimilmente posteriormente all'11 febbraio 2008, non possono in casu essere presi in considerazione. Va ancora detto che eccezionalmente, il giudice può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente alla data della decisione litigiosa, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; STFA inedita del 6 settembre 1996 in re S., I 174/96; STFA inedita del 3 febbraio 1998 in re O., I 87/97; RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In casu, il summenzionato scritto del medico curante non è sufficiente per poter statuire in modo completo e preciso in merito all'eventuale esistenza rispettivamente all'eventuale natura invalidante - successivamente al mese di febbraio 2008 (data d'emanazione del querelato provvedimento) - dei menzionati problemi psichici. In particolare dalla documentazione agli atti non è possibile dedurre alcunché in merito alla natura del problema lamentato dal ricorrente, non essendo peraltro nemmeno dato di sapere se effettivamente ha avuto luogo la paventata consultazione presso il dr. _____, psichiatra. Ciò non toglie che, ribadito come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), il ricorrente ha se del caso la facoltà di presentare una nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado di inabilità. 2.12. Vi sto quanto precede, la conclusione dell'amministrazione di ritenere il ricorrente invalido nella misura del 10%, essendo basata su sufficienti approfondimenti, non può che essere confermata.

Non essendo dato un grado d'invalidità giustificante l'erogazione di una rendita d'invalidità (art. 28 cpv. 1 LAI), l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente negato la rendita. La decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. 2.13. Da ultimo, l'assicurato ha chiesto si essere sottoposto ad una "visita specialistica". A tal proposito va rilevato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, già si è detto che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza (cfr. consid. 2.8). Né vi sono validi motivi per ritenere inaffidabili le certificazioni mediche citate nei considerandi precedenti. Non è pertanto necessario procedere ad un accertamento medico giudiziario. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- vanno poste a carico dell'assicurato.

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