

TI_GERICHTE 32.2011.327 vom 17. November 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-11-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.327

FR: TI_GERICHTE 32.2011.327 du 17 novembre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.327 del 17 novembre 2011

Regeste

Richiesta di una rendita AI respinta perché l'assicurato non raggiunge un grado d'invalidità pensionabile

Erwägungen

E. 15

agosto 2011 al 2 settembre 2011 l'insorgente è stato ricoverato presso la Clinica di Riabilitazione di _____. Dal certificato del 5 settembre 2011, sottoscritto dal Dr. med. _____, medico ospedaliero, dal dr. med. _____, capo servizio e dal dr. med. _____, Primario, emerge, tra l'altro, che: "(...) Paziente di anni 58, da Lei gentilmente inviatoci per trattamento riabilitativo stazionario di rieducazione funzionale del rachide lombare in sindrome lombo radicolare cronica L5 sn su protrusione discale L5/S1 con contatto sulla radice L5 e discopatie plurisegmentali (RM del 16.07.2010). Per tale problematica il paziente è inabile all'attività lavorativa in qualità di magazziniere al 100% dal giugno dello scorso anno. All'ingresso in clinica il paziente si presenta vigile, lucido, collaborante ed orientato. Riferisce sviluppo di sintomatologia algica in sede lombare bassa e regione glutea sn dopo circa un'ora di cammino e stazione eretta con saltuaria irradiazione alla regione posteriore dell'arto inferiore sn fino a metà polpaccio. Il dolore ha un'intensità media intorno a 6/10 della scala VAS. Toni cardiaci validi e ritmici, torace con MVU. Addome globoso per adipe, trattabile, non dolente palpazione. Non edemi declivi agli arti inferiori. La colonna vertebrale si presenta in asse con normale mobilità del tratto cervicale e dorsale. Il rachide lombare appare ipomobile in flessione anteriore con DDS 70 cm con estensione limitata di 1/3. Anche le rotazioni bilateralmente sono limitate di circa 1/3. Non è presente dolore alla digitopressione sui processi spinosi mentre è presente a livello dei processi articolari a sn e della muscolatura paravertebrale a sn con interessamento anche della regione glutea a sn. (...) S'impostava un programma riabilitativo motorio mirato alla riduzione della sintomatologia algica, al miglioramento dell'articolarietà del rachide in toto, all'aumento dell'ampiezza e della fluidità dei movimenti dello stesso. A tale scopo si prescrivevano esercizi di correzione posturale, di rinforzo muscolare addomino-lombare e degli arti inferiori mediante esercizi isometrici ed isotonici, nonché stretching della muscolatura paravertebrale ed ischio-cruale. Si completava il programma riabilitativo con terapie passive a scopo antalgico/decontratturante. Durante la degenza non si sono verificate complicanze internistiche; gli esami ematochimici effettuati hanno evidenziato una ipercolesteolemia totale a 6,2 mmol/L ed un lieve incremento di valori GammaGT (all'uscita 113 U/L). Il percorso riabilitativo proposto è stato regolarmente completato. Quadro clinico alla dimissione Dimettiamo il paziente al proprio domicilio in buone condizioni fisiche generali ed in stato di adeguato compenso cardiorespiratorio. Il paziente riferisce la persistenza della sintomatologia algica a carico della regione lombare bassa sn e

regione glutea sn anche se in gran parte ridotta e riferisce comunque la completa assenza dell'irradiazione algica all'arto inferiore sn prima presente. Riconosce inoltre un buon miglioramento delle proprie prestazioni motorie globale, in particolar modo per quanto riguarda la mobilità del rachide in toto. Obiettivamente: buono il recupero stenico della muscolatura prossimale degli arti inferiori e l'incremento della mobilità del rachide specie in flessione anteriore con DDS 40 cm. (...) Il paziente rimane inabile al lavoro al 100% fino al 11.09.2011, dal 12.09.2011 riprende l'attività lavorativa al 50% (1/2 giornata)." (doc. AI 32-3/4) L'11 ottobre 2011 il dr. med. _____, specialista FMH medicina generale, medico curante dell'insorgente, ha affermato: " (...) Dopo la la degenza a _____ il paziente è stato dichiarato inabile al lavoro al 100% fino all'11.09.2011. Dal 12.09.2011 ha ripreso l'attività lavorativa nella misura del 50%, lavorando mezza giornata. Il paziente è attualmente inabile al lavoro nella misura del 50% (mezza giornata) e verosimilmente lo resterà anche in futuro, per la persistenza della sintomatologia algica a carico della regione lombare bassa e alla regione gluteale a sinistra, che peggiora dopo 2-3 ore di lavoro. Allego una copia della lettera del Servizio di Riabilitazione di _____ concernente la degenza dal 15.08.2011 al 02.09.2011." (doc. AI 32-1) Sulla base della predetta documentazione il medico SMR, dr. med. _____ ha rilevato che " le nuove informazioni mediche pervenute agli atti, non apportano alcun nuovo elemento medico che non sia già stato considerato e valutato " e che " si convalida in aggiunta a quanto da noi certificato: - IL 100% dal 15.08.2011 al 02.09.2011 in qualsiasi attività, concernente il periodo di degenza riabilitatoria presso la Clinica _____ " (doc. AI 35-1). Il 21 dicembre 2011 il dr. med. _____ ha affermato: " Con la presente attesto che il paziente a margine è attualmente in mia cura per una sindrome lombo-radicolare cronica irritativa L5 a sinistra (con protrusione discale L5-S1 a contatto della radice L5) e discopatie plurisegmentali. Il paziente è stato ricoverato presso il Servizio di riabilitazione di _____ dal 15.08.2011 al 02.09.2011 per un trattamento stazionario. Dopo questa degenza il Signor RI 1 è stato dichiarato inabile al lavoro al 100% fino al 11.09.2011. Dal 12.09.2011 ha ripreso l'attività lavorativa nella misura del 50%, lavorando mezza giornata. Dal 16.12.2011 il paziente è nuovamente inabile al lavoro al 100% per un riacutizzazione dei dolori lombari. E' verosimile una ripresa del lavoro al 50% nelle prossime settimane, ma in futuro è da escludere una ripresa lavorativa che superi il 50%, lavorando mezza giornata, anche in un'altra attività, tenendo conto delle restrizioni fisiche di cui soffre il signor RI 1" (doc. K) Il 9 gennaio 2012 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) Attualmente l'assicurato lavora da 9.2011 (dopo ricovero a _____) al 50% nella sua attività abituale con interruzioni per ricovero _____ dal 15.8.2011 al 2.9.2011 e nuova IL 100% intercorrente con prognosi di ricupero della CL al 50% (vedi rapporto dr. _____ del 21.12.2011). Nel rapporto del 1.3.2011 il dr. _____ attesta esacerbazione della problematica algica da giugno 2010. Valutazione: dalla documentazione a disposizione (in particolare rapporto degenza _____) non risulta una modifica del quadro clinico rispetto alle valutazioni peritali _____ e _____. Chiaramente l'esigibilità data si riferisce ad un'attività rispettosa dei limiti funzionali e non all'attività abituale." (doc. IV/Bis) Il 13 febbraio 2012 il dr. med. _____ ha affermato: " Dopo la degenza al Servizio di Riabilitazione _____ il paziente è stato dichiarato inabile al lavoro al 100% fino all'11.9.2011. Dal 12.9.2011 il signor RI 1 ha ripreso l'attività lavorativa nella misura del 50%, lavorando mezza giornata. Durante lo svolgimento dell'attività ha sempre lamentato dolori lombo-sacrali dopo 2-3 ore di lavoro, pur svolgendo mansioni fisicamente leggere. In data 16.9.2011 il paziente presenta una

riacutizzazione dei disturbi, che lo rende attualmente completamente inabile al lavoro. Vi sono dei giorni in cui fatica ad alzarsi dal letto ed è aiutato dalla sorella, che vive accanto, nello svolgimento delle mansioni domestiche. In data 6.12.2011 il signor _____, ispettore della _____, ha svolto con il paziente un sopralluogo dei posti di lavoro. Alla valutazione clinica del 10.2.2012 nel mio studio, trovo un paziente in buono stato generale. Peso 83 kg, altezza 172 cm. Lamenta dolori lombo-sacrali, irradianti alla coscia sinistra. Dito-pavimento 38 cm. Dolore alla palpazione dei processi spinosi da L4 a L5. Lasègue a destra 80 gradi, a sinistra 50 gradi. Riflessi patellari e achillei assenti bilateralmente. Pallestesie 6/8 a destra, 8/8 a sinistra. Non deficit motori. Ritengo che il signor RI 1, che curo dal 1990, difficilmente possa svolgere, anche in futuro, l'attività di fabbro o altre attività oltre il 50%, in quanto dovrà essere sgravato da mansioni che sollecitano la colonna lombo-sacrale, in particolare dal sollevare pesi e dal mantenere a lungo una posizione, sia statica che dinamica." (doc. O) Il 28 febbraio 2012 il medico SMR, dr. med. _____, ha preso posizione sulla nuova documentazione medica, affermando: " Rapporto dr. _____ del 13.2.2012: - Si attesta una persistente IL del 100% dal 16.9.2011 nella sua attività - Dal rapporto non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale" (doc. VIII/Bis) 5. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 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 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e

uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione : -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann

offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...) 2.3 Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleiche ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (...) Occorre ancora evidenziare che il 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: " (...) 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni 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). 6. Questo Tribunale 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 le conclusioni dei medici SMR che si sono fondati sulle valutazioni del 16 agosto 2010 del dr. med. _____, specialista FMH reumatologia (doc. Cassa malati 2-1) e del 2 dicembre 2010 del dr. med. _____ specialista FMH neurologia (doc. Cassa malati 3-1). Tali valutazioni sono da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede. I due specialisti, che hanno entrambi visitato personalmente l'insorgente (cfr. doc. Cassa malati 2-1 e 3-1), posta la diagnosi di sindrome lombo radicolare cronica irritativa L5 a sinistra in discopatie plurisegmentali lombari con protrusione discale L5/S1 a contatto con la radice di L5 a sinistra, disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità e dopo aver descritto l'anamnesi e gli esami effettuati sono entrambi giunti alla convincente conclusione che l'interessato può svolgere un'attività leggera, con le limitazioni ivi indicate, in misura completa (100%). Il dr. med. _____ ed il dr. med. _____ si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa del paziente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate. Ai referti va attribuita piena forza probante. Le valutazioni sono inoltre state confermate dal medico SMR, dr. med. _____, il quale ha precisato che nell'attività abituale l'insorgente è completamente inabile al lavoro (dal 7 giugno 2010 al 29 giugno 2010 e dal 5 luglio 2010; cfr. doc. AI 20-2). Il ricorrente contesta le conclusioni dei citati specialisti e, con riferimento ad alcuni certificati del proprio medico curante, dr. med. _____ FMH medicina generale, sostiene di essere incapace al lavoro, almeno al 50%, in qualsiasi attività. Le censure dell'insorgente vanno disattese. Con gli attestati dell'11 ottobre 2011

(doc. AI 32-1), del 21 dicembre 2011 (doc. K) e del 13 febbraio 2012 (doc. O), il medico curante (cfr. a proposito della valutazione dei certificati del medico curante: STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008 e DTF 125 V 353 consid. 3a)cc)), peraltro non specialista in reumatologia e/o in neurologia, si limita in sostanza a ribadire la sua opinione già espressa nel certificato del 1° marzo 2011 (doc. AI 16-1), senza tuttavia portare elementi oggettivi di novità che non siano già stati presi in considerazione dagli specialisti e/o dai medici SMR (cfr. doc. AI 20-1), a parte il ricovero presso la Clinica di riabilitazione di _____, che, come evidenziato dal medico SMR, dr. med. _____, ha comportato un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività per il periodo dal 15 agosto 2011 al 2 settembre 2011 (doc. AI 35-1). Nel dettaglio, va evidenziato che nel certificato del dr. med. _____ del 1° marzo 2011 figura che l'interessato lamenta "dolori lombari irradianti alla gamba sinistra" (doc. AI 16-2), come nel certificato del curante del 13 febbraio 2012 ("lamenta dolori lombo-sacrali, irradianti alla coscia sinistra", doc. O), che la distanza dita/suolo nel 2011 era di 40 cm, nel 2012 di 38 cm, che il peso era simile (passato da 82 kg a 83 kg) e che vi erano dolori "lombari alla palpazione di L4-L5" nel marzo 2011 (doc. AI 16-2) ed anche nel febbraio 2012 ("dolore alla palpazione dei processi spinosi da L4 a L5", doc. O). Per cui non vi sono elementi oggettivi per ritenere un peggioramento dello stato di salute. Inoltre i medici della Clinica di Riabilitazione di _____ hanno comunque rilevato di aver dimesso il paziente "al proprio domicilio in buone condizioni fisiche generali ed in stato di adeguato compenso cardiorespiratorio", hanno affermato che l'interessato "riferisce la persistenza della sintomatologia algica a carico della regione lombare bassa sn e regione glutea sn anche se in gran parte ridotta e riferisce comunque la completa assenza dell'irradiazione algica all'arto inferiore sn prima presente", che il medesimo riconosce "un buon miglioramento delle proprie prestazioni motorie globali, in particolar modo per quanto riguarda la mobilità del rachide in toto" ed infine hanno accertato che "obiettivamente: buono il recupero stenico della muscolatura prossimale degli arti inferiori e l'incremento della mobilità del rachide specie in flessione anteriore con DDS 40 cm" (doc. AI 32-2/4). Non vi sono di conseguenza elementi medici oggettivi atti a sovvertire le conclusioni dei dr. med. _____ e _____. Del resto, va sottolineato che la circostanza che l'interessato può svolgere la sua precedente attività al massimo al 50% o che dopo poche ore di lavoro (2-3) quale fabbro-magazziniere, malgrado il nuovo mansionario, deve cessare l'attività, conferma in sostanza quanto attestato dal medico SMR, dr. med. _____, per il quale il ricorrente, dal 5 luglio 2010, ha una completa incapacità lavorativa nella professione esercitata fino ad allora. In concreto si tratta invece di stabilire se il ricorrente può (e in quale misura) svolgere un'attività leggera e confacente al suo stato di salute. Ora, gli specialisti dr. med. _____ e dr. med. _____ hanno evidenziato che, tenendo conto dei limiti descritti dal reumatologo (cfr. doc. AI 20-2 e decisione impugnata), l'insorgente può svolgere un'attività confacente al suo stato di salute in maniera completa. La differente valutazione del medico curante, dr. med. _____ peraltro non specialista in reumatologia e/o neurologia, che ritiene invece un'incapacità lavorativa del 50% anche in attività leggere è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Non va poi dimenticato che la valutazione è stata confermata dai medici SMR, dr. med. _____ (doc. AI 20-1), _____ (doc. AI 35-1) ed _____ (doc. IV e VIII/Bis; cfr. a proposito dei compiti e del valore probatorio attribuiti ai rapporti interni dell'SMR la SVR 2009 IV n. 56 pag. 174

[9C_323/2009]; cfr. anche la sentenza 9C_15/2011 del 27 gennaio 2012, consid. 5.2; cfr. pure la sentenza 8C_814/2011 del 12 gennaio 2012, dove, in ambito LAINF, al consid. 2.4 il TF ha affermato che “ dopo attento esame dell’incarto, visto in particolare che nel ricorso di ultima istanza non si adducono argomenti idonei a stravolgere le conclusioni dell’ autorità di primo grado, la quale ha esposto in modo convincente come di fronte a valutazioni mediche contraddittorie [...omissis...] si debba ritenere maggiormente attendibile il parere espresso dagli specialisti intervenuti per conto dell’assicuratore resistente (in merito al valore probatorio riconosciuto ai pareri medici interni dell’assicurazione cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/ee pag. 353), anche questa Corte non vede valido motivo per scostarsi da questa opinione [...] ”). A questo riguardo va ricordato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPGGA - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l’UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 (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 e 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. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Visto quanto sopra, questo Tribunale condivide le affidabili e concludenti valutazioni dei dr. med. _____ e _____ e dei medici SMR (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011 con rinvii e 9C_376/2007 del 13 giugno 2008), che hanno valutato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti giungendo ad una

conclusione logica e priva di contraddizioni in merito all'incapacità lavorativa del ricorrente. In queste condizioni, ritenuto che non vi sono elementi atti a sovvertire le convincenti valutazioni del dr. med. _____ del 16 agosto 2010, del dr. med. _____ del 2 dicembre 2010 e dei medici SMR, la richiesta di allestire una perizia va respinta. Va qui rammentato che 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 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., 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. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Ne segue che l'interessato va considerato completamente inabile nella sua precedente attività dal mese di giugno 2010, mentre in attività confacenti al suo stato di salute è totalmente abile al lavoro dal 16 agosto 2010. Vi è inoltre una completa inabilità lavorativa dal 15 agosto 2011 al 2 settembre 2011 (doc. AI 35-1), eventualmente fino all'11 settembre 2011 (doc. AI 32-4), che tuttavia, vista la durata, non modifica l'esito della procedura. 7. L'insorgente rileva che l'UAI, nella decisione, non avrebbe indicato quale attività può esercitare, limitandosi ad affermare che è abile al 100% in tutte le professioni tranne quella svolta abitualmente. Inoltre, con le limitazioni poste dal dr. med. _____, il ricorrente ritiene di non poter comunque svolgere alcuna attività in misura superiore al 50%. Dalla decisione impugnata emerge che l'amministrazione, dopo aver descritto i limiti funzionali (cfr. doc. F: carico massimo in Kg, senza limitazioni: 10 Kg, non può abdure le braccia oltre i 90° per più di 2 ore/die, non può stare seduto per più di 4 ore/die, non può accovacciarsi/inginocchiarsi per più di 2 ore/die, non può ruotare il tronco in posizione seduta né eretta, non può salire le scale per più di 2 ore/die, non può camminare per tragitti maggiori dei 50 mt) ha stabilito che l'interessato "potrebbe pertanto svolgere attività generiche, rispecchianti le indicazioni mediche e reperibili sul mercato libero del lavoro senza bisogno di qualifiche professionali specifiche" (doc. F). Va qui evidenziato come il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, *Die Koordination der Invalidenrente*, Schultess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e dunque 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 Bundesgerichts*, 1997, 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). Ciò non è il caso se l'attività ammissibile è possibile solo in forma totalmente 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 (ZAK 1989 p. 322; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 124). In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa ■ conformemente a un principio generale vigente anche nel diritto delle assicurazioni sociali ■ all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno (DTF 123 V 233, 117 V 278 e 400 e i ivi riferimenti; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 1995, p. 61). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (DTF 113 V 28 e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer-Blaser, op. cit., p. 221). Tutte le circostanze d'ordine sociale e personale dell'assicurato di per sé non sono determinanti per la valutazione dell'invalidità, ma sono piuttosto rilevanti di principio per la fissazione, se del caso, del reddito ipotetico da invalido (DTF 126 V 78; STFA 14 febbraio 2004 nella causa T, I 594/04; Pratique VSI 2002 p. 64). In concreto va evidenziato che esiste un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 463/00 del 28 ottobre 2003, consid. 3.3). Il TF ha così già ripetutamente statuito 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; Pratique VSI 1998 pag. 293 consid. 3b pag. 296; si veda anche la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 328 consid. 4a pag. 331), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici (RCC 1980 pag. 481 consid. 2 pag. 482; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). A ciò si aggiunge che, tramite la riduzione del reddito ammessa dalla giurisprudenza (DTF 126 V 75) si tien conto delle limitazioni riconducibili al danno alla salute, come ad esempio dell'impossibilità di portare pesi superiori ad una certa misura e quindi anche del fatto che la persona può, in realtà svolgere, solo lavori leggeri ("leidensbedingte Einschränkung", DTF 129 V 472 consid. 4.2.3 pag. 481 con riferimenti, sentenza I 418/06 del 24 settembre 2007, consid. 4.3). Di conseguenza, a mente di questo Tribunale, sulla base di queste considerazioni, se è indubbio che i limiti presentati dall'assicurato restringano la gamma di attività lavorative possibili, il mercato del lavoro è ancora da ritenere sufficientemente ampio per poter considerare l'interessato reintegrabile nel normale ciclo produttivo. Va qui in effetti ricordato che, conformemente alla giurisprudenza dell'allora 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, I 324/00, consid. 2b). Non va poi dimenticato che l'Alta Corte, in una sentenza del 25 febbraio 2003 (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: " (...) 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)." In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un " importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare ", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato al tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco. " (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). È pure stato dichiarato in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività adeguata, nella quale venga ingaggiata prevalentemente la mano destra in mansioni non gravose per il polso, con la mano controlaterale a svolgere una funzione ausiliaria, un assicurato, cuoco di professione, che soffriva - a livello dell'estremità superiore sinistra - di una sindrome dolorosa e da risparmio cronica con deficit funzionali, in presenza di una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, di una modica artrosi dell'articolazione radio-carpale nonché di una neuropatia del mediano e - a destra - di una leggera sindrome dolorosa e da inattività con una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, un'incipiente artrosi dell'articolazione radio-carpale ed una lieve neuropatia del mediano (cfr. STCA 35.2004.38 del 3 marzo 2005). Certo, non si misconoscono gli sforzi e gli inconvenienti che la messa a profitto della residua capacità lavorativa dell'interessato 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). Quanto all'età del ricorrente, nato nel 1953, va evidenziato come con sentenza 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 il TF ha affermato: "(...) Riguardo all'esigibilità e alla possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro, va ricordato che al momento determinante della decisione amministrativa in lite, l'opponente aveva 57 anni. Dal profilo dell'età, le condizioni per ammettere una incapacità di lavoro e di guadagno per mancanza reale di sfruttarne la residua capacità non erano pertanto realizzate (v. sentenza citata 9C-13/2007 consid. 4.3; cfr. pure sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 359/06 del 22 giugno 2007 consid. 4.2 e I 304/06 del 22 gennaio 2007 consid. 4.2 con i rispettivi riferimenti)." In concreto, tenuto conto segnatamente degli aspetti reumatologici e vista la giurisprudenza appena esposta, questo

TCA ribadisce di ritenere che sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione vi sono ancora delle attività esigibili da parte dell'assicurato, quali ad esempio quelle legate al settore dell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, attività che non comportano aggravii fisici, con possibilità di cambiare frequentemente posizione. D'altro canto, il TCA non ignora le difficoltà che presenta il mercato del lavoro svizzero. Tuttavia, ciò rappresenta un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b). In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA deve dunque concludere che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività adeguate che l'assicurato sarebbe in grado di esercitare nella misura del 100%, nonostante il danno alla salute. 8. Va ora esaminato se il calcolo del grado d'invalidità è stato effettuato correttamente. Per accertare il reddito senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (sentenze 13 giugno 2003 I 475/01 e 23 maggio 2000, 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). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche sentenza del 30 dicembre 2002, I 56/02). Nel caso di specie l'insorgente non contesta il reddito da valido preso in considerazione dall'UAI di fr. 72'540, che avrebbe potuto conseguire nel 2011, anno d'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. art. 28 LAI), senza il danno alla salute (cfr. doc. AI 17-2 e 17-4). 9. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a

quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con pronuncia del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". A questo proposito con sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 il TF ha affermato che: "(...) 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In concreto, l'insorgente chiede di prendere in considerazione il salario di fr. 2'797.50 effettivamente conseguito lavorando al 50% dal 12 settembre 2011 presso la medesima società (doc. L). Senonché, l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, ma ha continuato a svolgere, al 50%, con altre mansioni (doc. M), la professione precedentemente svolta. Tant'è che l'importo conseguito corrisponde in sostanza alla metà del salario mensile di fr. 5'580 che avrebbe percepito se avesse continuato a lavorare al 100% ($72'540 : 13 : 2$). Ora, come visto in precedenza, non è in questa attività che l'insorgente può sfruttare al massimo la sua capacità lavorativa residua. Visto l'obbligo di ridurre il danno, l'interessato deve infatti mettere a frutto la sua capacità in attività adeguate al suo stato di salute. Ne segue che in concreto il reddito da invalido da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, va ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica. In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'901.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 5'097.04 mensili oppure a fr. 61'164.48 (cfr. sentenza 32.2011.224 del 9 febbraio 2012) per l'intero anno (fr. 5'097.04 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B.,

U 274/98, p. 5 consid. 3a), che corrisponde, nel 2011, a fr. 61'960 (+ 1,3%, dato, più attuale, del terzo trimestre 2011). L'assicurato quale fabbro-magazziniere, avrebbe guadagnato nel 2011 fr. 72'540 (cfr. considerando precedente). Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cfr. Tabella TA1 p.to 49-52 " trasp. terrestre, per vie d'acqua e aereo; magazzinaggio ", livello di qualifica 4, fr. 4'898 : 40 X 41.7 X 12 mesi = 61'274 nel 2010 e fr. 62'071 [+1,3%] nel 2011). Non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla sentenza 8C_44/2009 sopra menzionata. Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Nella presente evenienza l'UAI ha applicato una riduzione del 5% per attività leggera e del 10% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, ossia complessivamente del 15%, che l'insorgente non ha contestato (cfr. doc. I:" Nella fattispecie, l'Ufficio AI ha ritenuto una riduzione del 15%, che non è qui contestata "). Del resto questo Tribunale, che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione ritenuto che si tratta di una percentuale che rientra nei parametri fissati dalla giurisprudenza. Raffrontando il reddito da valido di fr. 72'540 con quello da invalido di fr. 61'960 , ridotto del 15% a fr. 52'666, si ottiene un grado d'invalidità del 27% che non dà diritto ad alcuna rendita. Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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