

TI_GERICHTE 32.2012.5 vom 18. November 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-11-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.5

FR: TI_GERICHTE 32.2012.5 du 18 novembre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2012.5 del 18 novembre 2011

Regeste

Rifiuto prestazioni dopo STCA di rinvio per accertamenti medici. Conferma perizia SAM e non necessità di esperire una perizia giudiziaria. Valutazione economica (reintegrabilità e confronto dei redditi da valido e invalido). Negato il diritto ad una riforma professionale

Erwägungen

E. 25

aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 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 TFA 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, 122 V 161, 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 2003, pag. 453). 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 LPGGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il TF 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. Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 e segg., il TF ha preso posizione sulle critiche alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (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 europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il TF 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 pag. 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). Il TF ha inoltre 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 vedi STF 9C_113/2012 del 14 marzo

2012, 8C_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Giova qui ricordare che il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...) (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va inoltre 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). Infine va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), 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 premorbo, 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, inc. 32.1999.124). 2.7.

Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 9C_113/2012 del 14 marzo 2012, 8C_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce un rendimento non superiore ad 1/3 nella sua attività abituale di manovale edile dal luglio 2006 e un capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti pure dal luglio 2006. Quanto all'evoluzione nel tempo, i periti hanno precisato che "(...) dal 2006 lo stato di salute e la relativa capacità lavorativa dell'A. non sono variate. (...) " (doc. AI 79/26). In particolare, per quanto riguarda all'aspetto psichiatrico, nel rapporto 1. settembre 2008 (doc. AI 11/2-6) del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, firmato dal dr. _____ poste le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva di lieve entità e di disturbi psicosomatici, si attestava un'incapacità lavorativa (senza specificare da quando) del 20% quale muratore precisando che "(...) il paziente ha beneficiato di pochi colloqui nel corso dei due anni ossia di 8 colloqui dal 2006 (...) " (doc. AI 11/6 punto 6.5). Dal canto suo il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel consulto 21 aprile 2011 (doc. AI 79/28-32) – evidenziato che "(...) nell'anamnesi personale psichiatrica l'A. è stato seguito nel 2008 dal Dr. _____ e in seguito dal Dr. _____ nell'ambito di una sindrome depressiva di lieve entità associata a disturbi psicosomatici. All'epoca non venne evidenziata una patologia a livello psichiatrico grave da risultare invalidante. L'A. riferisce che la presa a carico specialistica fu limitata a pochi colloqui. Attualmente l'A. non è più seguito a livello specialistico. Per quel che riguarda i disturbi attuali dell'A. mette in primo piano i disturbi a carico dell'apparato locomotore mentre non si esprime circa disturbi a carico della sfera psichica e mentale fatta eccezione per la menzione di un certo nervosismo legato allo stato di salute che non migliora e alla situazione finanziaria non rosea. (...) " (doc. AI 79/29) – ha concluso che "(...) non sussiste riduzione della capacità lavorativa psichiatrica (...) " (doc. AI 79/31). Non è poi possibile concludere diversamente per il solo fatto che – dopo che la dr.ssa _____, a seguito della visita del 25 maggio 2009, nel rapporto medico 23 giugno 2009 (doc. AI 21/1-3), poste le diagnosi note, aveva concluso che "(...) l'A. risulta abile in maniera completa in un'attività adatta rispettosa dei limiti sopra descritti dal 01.08.2008, così come precisato dal suo psichiatra curante Dr. _____. Non esiste una patologia psichiatrica così importante tale da determinare un influsso sulla CL. (...) " (doc. AI 21/3) – il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, nella lettera 13 gennaio 2010 indirizzata all'Ufficio AI abbia rilevato che "(...) ricordo che il paziente soffre anche di una problematica lombare valutata dal dr.

_____ . In queste condizioni il paziente è ovviamente completamente inabile al lavoro tale muratore. Sorprendentemente è stato visto dall'AI che l'ha considerato abile nella misura dell'86% per attività leggere. Ritengo che sulla base delle patologie riscontrate il paziente non sia in grado anche in attività leggere di lavorare oltre il 40-50%. (...)” (doc. AI 37/2) e il dr. _____, primario di neurochirurgia, nel rapporto 16 dicembre 2009 indirizzato al dr. _____ (doc. AI 37/3-4), circa la valutazione dell'Ufficio AI, abbia osservato che “(...) sulla base degli elementi a nostra disposizione non crediamo che questa valutazione rispecchi la situazione clinica di questo paziente. Pensiamo che, anche in un'attività leggera, egli possa essere ritenuto abile nella misura massima del 50%. (...)” (doc. AI 37/4). Infatti, a prescindere dal fatto che entrambi gli specialisti non spiegano né documentano per quali ragioni la valutazione della dr.ssa _____ fosse errata, sta di fatto che anche il dr. _____, FMH in reumatologia, tenuto conto tra l'altro dei pareri dei dottori _____ e _____, nella perizia 19 aprile 2010 (doc. AI 43/1-9), ha concluso che “(...) giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, di 8 – 9 ore, con un rendimento massimo del 100%, a decorrere dall'1.11.2008, ossia a scadenza della rendita d'invalidità al 100% riconosciuta all'assicurato in data 26.10.2009. Nella sua ultima attività principale come manovale in aiuto a lavori di muratura, di carpenteria, attività svolta prevalentemente in piedi fermo con necessità di sollevare anche carichi pesanti, giudico l'assicurato, a seguito dei limiti funzionali e di carico sopramenzionati, sempre a decorrere dall'1.11.2008, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 – 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento di 2/3. (...)” (doc. AI 43/7). I periti del SAM, nella perizia pluridisciplinare 7 settembre 2011 (doc. AI 79/1-70), hanno poi confermato la perizia del dr. _____ (“(...) il nostro consulente ritiene, dal punto di vista reumatologico, che la capacità lavorativa residua dell'A., come definita dal Dr. med. _____, nella sua professione originaria, non sia superiore a 1/3; e nella misura del 100% in altra attività come poi descritto al capitolo 9. (...)” ; doc. AI 79/24) e il dr. _____, FMH in neurologia, nel consulto 2 maggio 2011 ha concluso che “(...) possiamo dunque ritenere l'A., per quel che riguarda gli aspetti strettamente neurologici, abile al lavoro al 100%. (...)” (doc. AI 79/46) . Viste le risultanze su esposte, questo Tribunale deve concludere che dal luglio 2006 il rendimento nell'attività abituale di manovale edile non supera 1/3 mentre che in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti la capacità lavorativa è del 100%. In questo senso, la domanda volta ad ordinare una perizia giudiziaria pluridisciplinare (cfr. consid. 1.3) va respinta. In effetti, 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 non potrebbero più 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*, 2a 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.

E. 29

cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre 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). Quanto al richiamo alla giurisprudenza di cui alla DTF 137 V 210 – a prescindere dal fatto che la stessa è posteriore all'11 marzo 2011, momento questo in cui l'Ufficio AI ha predisposto la perizia presso il SAM (cfr. doc. AI 76/1-2) – da quanto sopra esposto non è possibile concludere che gli accertamenti esperiti dall'amministrazione fossero carenti e/o lacunosi (vedi in questo senso la lettera 26 marzo 2012 dell'avv. _____ sub X). D'altra parte l'insorgente non contesta il preciso quesito posto ai periti del SAM e volto a stabilire l'evoluzione della capacità lavorativa sin dal 2006 (cfr. le annotazioni 24 gennaio 2011 del dr. _____ sub doc. AI 70/1-2) e nemmeno ne propone dei nuovi (in argomento vedi anche le STF 9C_260/2012 del 5 giugno 2012 e 8C_888/2011, 8C_900/2011 del 7 maggio 2012). Il ricorrente non ha del resto prodotto l'ulteriore documentazione medica preannunciata a pagina 6 del ricorso laddove alla fine del punto 8 ha osservato che “(...) si rileva inoltre come nella seconda metà del 2011 il signor RI 1 (che si riserva di produrre ulteriore documentazione) abbia dovuto recarsi a più riprese in ospedale a _____ per l'aggravarsi dei disturbi alla schiena. (...)”. Alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti “entro un termine ragionevole”, si deve concludere che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici (cfr., al riguardo, STF 8C_45/2010 del 26 marzo 2010, con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del 10 dicembre 2009).

2.8. Per quel che concerne la valutazione economica va osservato quanto segue.

2.8.1. La consulente in integrazione, nel rapporto complementare 17 maggio 2010 (doc. AI 48/1-3) – avuto riguardo alla perizia reumatologica 19 aprile 2010 del dr. _____ e ritenuto che i limiti funzionali posti dal perito risultano simili a quelli indicati dalla dr.ssa _____ nel rapporto medico 23 giugno 2009 (cfr. doc. AI 43/1-9 e 21/1-5) – si è confermata nel suo precedente rapporto finale 16 ottobre 2009 (doc. AI 23/1-4) nel quale aveva concluso che “(...) non avendo l'A. una qualifica specifica non è possibile prendere in considerazione attività qualificate, per le quali il Signor _____ (ndr. recte: RI 1) necessiterebbe di una formazione. Traducendo questo dato nella gamma di professioni esistenti ed ancora attuabili nonostante il danno alla salute, è possibile identificare una cerchia di attività definite semplici e ripetitive: si tratta di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica (e quindi tanto meno una formazione professionale organica) ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di “rodaggio”. Ad esempio sarebbero considerate esigibili le seguenti attività: – Addetto alla logistica (magazziniere, con l'ausilio del muletto) – Cassiere, venditore non qualificato – Autista, fattorino addetto alla distribuzione e consegna a domicilio di merce non troppo pesante (es. fiori, prodotti farmaceutici) – Operaio generico con compiti di produzione (taglio, lucidatura, fresatura, riempimento, ...) di confezione, d'imballaggio, d'assemblaggio, di controllo (verifica qualità), di stoccaggio e di spedizione. (...)” (doc. AI 23/2). Quanto alla censura del ricorrente il quale – partendo tuttavia da una diversa valutazione medica e asserita una

banalizzazione delle limitazioni funzionali – ha sostenuto che “(...) non è dato a sapere quale attività asseritamente adeguata sia stata presa in considerazione dai medici del SAM e del SMR per trarre le conclusioni circa la residua capacità lavorativa dell’assicurato, ciò che configura un carente accertamento dei fatti. (...)” (doc. AI 107/9), il TCA rileva quanto segue. La questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008, consid. 3; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). Va poi evidenziato che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all’amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano 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 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 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 per l’invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Ritenuta la suenunciata giurisprudenza, questo Tribunale non ha nel caso concreto motivo per mettere in dubbio le suenunciate conclusioni della consulente che non sono, del resto, nemmeno state puntualmente contestate.

2.8.2. Per quel che concerne il raffronto dei redditi, ricordato che secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell’inizio dell’eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1) per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2007 visto che l’inabilità al lavoro è iniziata nel luglio 2006 (cfr. consid. 2.3; art. 29 cpv. 1 lett. b LAI in vigore fino al 31 dicembre 2007 e art. 28 cpv. 1 lett. b LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2008), va rilevato quanto segue.

2.8.2.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all’inizio dell’eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev’essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull’ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all’evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un’azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l’assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e

conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). In concreto, nel 2007 – partendo da un reddito annuo di fr. 58'773.-- indicati dall'ultimo datore di lavoro (salario mensile di fr. 4'521.-- x 13 = fr. 58'773.--; cfr. doc. AI 8/3) e aggiornati al 2007 (aumentati del 1.7% per il 2007; cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali settore F costruzioni, pubblicata in La Vie économique 6-2012 pag. 95) – si ottiene un reddito da valido di fr. 59'772.14 (58'773.-- aumentati dell'1.7% = 59'772.14). 2.8.2.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 137 V 73 consid. 5.2; 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i

fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel 2007, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 60'144.47 (fr. 4'732.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2006] aggiornati al 2007 e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 6-2012, pag. 94-95] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Presso il suo ultimo datore di lavoro, nel 2007, l'insorgente avrebbe percepito un salario di fr. 59'772.14 (cfr. consid. 2.8.2.1). Questo salario è inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore costruzioni (Tabella TA1 2006, p.to 45, livello di qualifica 4: fr. 5'007.-- aggiornati al 2007 riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e 9.2, pubblicata in La Vie économique, 6-2012, settore F costruzioni pag. 94-95] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] = fr. 63'702.40). Conformemente alla giurisprudenza federale succitata e posto che dall'incarto non emergono indizi a favore del fatto che fosse intenzione dell'assicurato accontentarsi di un guadagno modesto – al riguardo non basta l'assunto della consulente in integrazione secondo il quale "(...) non si entra nel merito della riduzione per gap salariale in quanto il salario percepito dall'assicurato non è in linea con i salari versati normalmente nel cantone. Si può dunque ipotizzare che l'A. si sia accontentato di questo salario. (...)” (doc. AI 23/3); cfr. anche la STCA del 21 febbraio 2011 incarto 32.2010.203 – , il reddito statistico da invalido (fr. 60'144.47) va dunque ridotto del 1.17% (percentuale corrispondente al gap salariale applicabile [fr. 59'772.14 .-- contro fr. 63'702.40 danno un gap del 6.17% che va ridotto dei primi 5 punti]) e si attesta pertanto a fr. 59'440.77 (fr. 60'144.47 ridotti del 1.17% = fr. 59'440.77). Ritenuta una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 10% (nelle motivazioni alle riduzioni al reddito ipotetico da invalido sub doc. AI 84/3-4 il consulente ha stabilito una riduzione del "(...) 5% per attività leggere e del/lo 5% per altri fattori di riduzione (...)” (doc. AI 83/3), vedi anche le tabelle sub doc. AI 83/1-2, 84/1-2, 85/1-2 e 86/1-2) – va qui ricordato che il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 137 V 73 consid. 5.2; 126 V 80 consid. 5b/cc) – il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 53'496.69 (fr. 59'440.77 ridotti del 10% = fr. 53'496.69). 2.8.2.3. Ritenuti un reddito da valido di fr 59'772.14 (cfr. consid. 2.8.2.1) e da invalido di fr. 53'496.69 (cfr. consid. 2.8.2.2), si ottiene un grado d'invalidità del 10% ($[59'772.14 - 53'496.69] \times 100 : 59'772.14 = 10.49\%$ arrotondato al 10% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che non dà diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3). Dalle motivazioni della

decisione si evince che l'amministrazione ha raffrontato i redditi relativi agli anni dal 2007 al 2010, raffronti dai quali sono risultati dei tassi di invalidità del 9% e dell'11% (si veda in particolare il doc. AI 87/1-6 e 83/1-4, 84/1-4, 85/1-4 e 86/1-4). Ora, a prescindere dal fatto che l'amministrazione avrebbe dovuto aggiornare i dati economici fino al 2011 (anno in cui è stata emessa la decisione impugnata), nel caso di specie (visto lo stato di salute stazionario e considerato che non ha più ripreso alcuna attività lavorativa) questo Tribunale può esimersi dal verificare la correttezza dei raffronti dei redditi operati dall'Ufficio AI dal 2007 al 2010, come pure dal procedere al confronto dei redditi fino al momento della decisione impugnata (per un caso analogo vedi le STCA del 10 ottobre 2011 [31.2011.41], consid. 11 e del 9 giugno 2011 [32.2010.320], consid. 2.9.4). A titolo abbondanziale, per pura ipotesi di lavoro, va qui evidenziato che anche volendo applicare un gap salariale dell'8% e una riduzione del 20% (come sostenuto dal ricorrente) non si raggiungerebbe un grado d'invalidità pensionabile. Infatti in tale evenienza il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 44'266.32 (60'144.47 ridotti dell'8% e del 20% = fr. 44'266.32); confrontando tale reddito con quello da valido di fr. 59'772.14 si ottiene un grado d'invalidità del 26% ($(59'772.14 - 44'266.32) \times 100 : 59'772.14 = 25.94\%$). 2.9. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi dell'art. 17 LAI è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b, cfr. anche STCA del 31 ottobre 2011 [32.2011.96]). Inoltre con STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...)" (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6) Ne segue che a giusta ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a provvedimenti professionali visto che anche nella presente fattispecie – come indicato dalla consulente nel rapporto finale del 16 ottobre 2009 (doc. AI 23/1-4) confermato in quello complementare del 17 maggio 2010 (doc. AI 48/1-3) riprodotto in esteso al consid. 2.8.1 – l'insorgente gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale. Giova qui inoltre ricordare che, avuto riguardo alla qualifica professionale, nel menzionato rapporto del 16 ottobre 2009, la consulente aveva già evidenziato che "(...) Traducendo questo dato nella gamma di professioni esistenti ed ancora attuabili nonostante il danno alla salute, è possibile identificare una cerchia di attività definite semplici e ripetitive: si tratta di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica (e quindi tanto meno una formazione professionale organica) ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di "rodaggio". (...)" (doc. AI 23/2). Quanto invece alla possibilità di un aiuto al collocamento ai sensi dell'art. 18 LAI, lo stesso era già stato

predisposto e sospeso in attesa dell'esito della presente vertenza (cfr. doc. AI 105/1-2).

2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è quindi a ragione che l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni. 2.11. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.12. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserimento, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, le valutazioni medico-teorica ed economica hanno permesso di accertare con la dovuta chiarezza il grado d'invalidità e l'insorgente, anche se patrocinato da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tali valutazioni, in particolare quella medica. All'insorgente che, lo si ribadisce, in corso di procedura ricorsuale non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a contestare le valutazioni dei periti del SAM e dei medici SMR, non poteva sfuggire la necessità di documentare debitamente le allegazioni secondo le quali le valutazioni peritali (si trattava di una perizia pluridisciplinare del SAM che confermava una precedente perizia reumatologica a cura del dr. _____) non fossero valide e/o le ragioni che rendessero verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 18 novembre 2011. In simili condizioni, non essendo realizzato uno dei presupposti (cumulativi) l'istanza tendente all'esonero delle spese e tasse di giustizia e all'ammissione del gratuito patrocinio è respinta.

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