

TI_GERICHTE 32.2013.213 vom 11. November 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-11-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.213

FR: TI_GERICHTE 32.2013.213 du 11 novembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.213 del 11 novembre 2013

Regeste

Richiesta di prestazioni rifiutata in assenza di un grado di invalidità sufficiente; invalidità secondo la LAINF; accertamenti medici e economici operati dall'amministrazione giudicati corretti dal TCA

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 2.4. Nel caso in esame, l'assicurato ha subito un incidente stradale in _____ il 2 aprile 2012, venendo investito da un'auto e riportando, tra l'altro, una frattura multiframmentaria intra-articolare dislocata del calcagno sinistro, dapprima trattata conservativamente mediante tutore e analgesia, in seguito anche con fisioterapia. L'Ufficio AI ha dapprima richiamato gli atti dalla _____, assicuratore LAINF. Ha quindi esaminato i vari certificati medici agli atti, in particolare quelli resi dal dr. _____, chirurgo ortopedico, il quale ha più volte attestato un'inabilità completa dal giorno dell'infortunio e il quale nel gennaio 2013, considerato come il paziente avesse ancora disturbi a nove mesi dalla frattura, ha fatto esperire un consulto dal dr. _____, chirurgo ortopedico, per valutare la possibilità di un'eventuale artrodesi sottoastragalica. Quest'ultimo specialista, nel certificato all'attenzione di _____ del 14 marzo 2013, si è così espresso: "(...) Diagnosi: • Osteoartrosi moderata sottoastragalica post-traumatica sx • Stato dopo frattura multiframmentaria con orizzontalizzazione caviglia sx aprile 2012 • Conflitto anteriore tibio-talare su orizzontalizzazione talare post-frattura calcagno sx Anamnesi: Paziente inviato da Dr. _____ per valutazione di una problematica di

una sintomatologia dolorosa dopo frattura multiframmentaria intraarticolare dislocata del calcagno sx trattata conservativamente con irregolarità dell'evoluzione verso un'osteoartrosi progressiva, attualmente apparentemente compensata da scarpe ortopediche di vario genere con ancora qualche sensazione di insicurezza. Il paziente nota anche una sensazione di rigidità articolare che cerca di migliorare con dei movimenti regolari. Status: Paziente deambula con scarpe ortopediche della ditta _____ con delle compensazioni di assorbimento di stabilizzazione che ha trovato recentemente e con e quale si trova meglio. Ha una leggera tendenza occasionalmente alle deambulazioni prolungate e un dolore anteriore. Rigidità articolare, leggeri segni di conflitto anteriore. Rx: Frattura multiframmentaria calcagno con orizzontalizzazione calcagno e talo con riduzione Offset anteriore su rx settembre 2012. RM caviglia 15.11.2012: Stato dopo frattura multiframmentaria calcaneare consolidata, orizzontalizzazione talo calcaneare, irregolarità sottoastraglica soprattutto posteriore. Discussione e proposta: Paziente che presenta una problematica di osteoartrosi secondaria post-traumatica dopo frattura calcaneare con orizzontalizzazione, associata a una sintomatologia dolorosa e rigidità classica attualmente ben compensata con scarpe ortopediche probabilmente ancora leggermente da affinare come consigliato presso un tecnico in ortopedia. Non consiglio di effettuare esercizi di mobilizzazione della sottoastraglica, anzi maggior rigidità raggiungerà, meno saranno le sollecitazioni articolari generative e dolorose. L'uso di scarpe ortopediche mi sembra fondamentale. La dolenzia anteriore è probabilmente correlabile con un impingment anteriore, vista l'orizzontalizzazione del talo e riduzione dell'Offset anteriore. Questa non si potrà modificare tranne al momento di un'eventuale artrodesi in cui si dovrà valutare la verticalizzazione con innesto osseo calcaneare posteriore. Il problema anteriore della tibio-tarsica è di poca rilevanza in questo momento. Ho informato il paziente che a medio/lungo termine non si esclude una degenerazione completa, l'uso di infiltrazioni intraarticolari di anestetico locale derivato dal cortisone e viscosupplementazione è da valutare in un secondo tempo e come in ultima ratio un'eventuale artrodesi che in questo momento non ritengo utile. Il paziente procederà ancora con le ultime correzioni delle scarpe ortopediche." (doc. Al 34/2 e doc. A4) Il dr. _____ ha risposto ai quesiti di _____, assicuratore infortuni, in data 26 agosto 2013 confermando le sue conclusioni espresse il 14 marzo 2013 e affermando di non essere a conoscenza di un'inabilità lavorativa e che le attività amministrative erano possibili "senza limiti" (doc. Al 39-2). Il 26 settembre 2013 lo specialista ha illustrato la situazione al dr. _____, internista curante dell'assicurato, come segue: "(...) Anamnesi: Il paziente viene in controllo poiché negli ultimi mesi ha notato un peggioramento dei dolori che denota a livello della sottoastraglica a "forma di ferro di cavallo", come pure anteriormente. È seguito dal medico curante, è stato effettuato un trattamento di onde d'urto nelle regioni dolorose di iperappoggio anteriore con dei benefici relativi. Era stata valutata l'opzione di una RM per il momento mai eseguita. Status: Sovrapponibile. Procedere: Sulla base dei dati anamnestici, clinici e radiologici ritroviamo essenzialmente gli elementi di peggioramento classici di un'artrosi post-traumatica sottoastraglica con dolori "a ferro di cavallo" e anteriori. Non escludo dei dolori di mal-appoggio eventualmente compensabili con strategie terapeutiche conservative le più classiche ortopediche sono i plantari, la scelta delle scarpe, gli antiinfiammatori, lasciando in riserva per la sottoastraglica stessa, delle infiltrazioni intraarticolari sotto controllo scopico. Altre opinioni che esonerano dalle mie competenze non posso valutare, ma ammetto che ci possano essere degli effetti specifici. Non vedo nessuna indicazione su quanto mi evoca il paziente per effettuare una RM, considerando la

diagnosi di osteoartrosi post-traumatica sottoastraglica. A medio/lungo termine ad esaurimento dei trattamenti conservativi e prima di una sofferenza troppo importante locale o irradiante o con influssi alle articolazioni vicine, entrerebbe in considerazione un intervento chirurgico di artrodesi con innesto osseo per correggere l'appiattimento dell'angolo talo-calcaneare le cui fasi pre, per e post-operatorie, vantaggi e svantaggi, rischi e complicazioni e obiettivi di recupero non completi, sono state spiegate. Il paziente è in questo momento piuttosto propenso a un'attitudine conservatrice. Nessun controllo previsto. Resto a disposizione. Per quanto riguarda le domande evocate dalla _____ rimando alle osservazioni che il paziente effettua che mi sembrano perfettamente plausibili: 1. posizione di lunga durata in piedi? Il paziente afferma la possibilità di stare in posizione eretta qualche minuto leggermente aumentato con il cambio della posizione. Prognosi verso il peggioramento. 2. Camminare su terreno regolare? Il paziente afferma di avere la possibilità di deambulare alcune centinaia di metri. Prognosi in progressivo peggioramento. 3. Camminare su terreno irregolare? Il paziente afferma che la possibilità su terreni troppo irregolari è limitata qualche istante, nota dei dolori in aumento. Prognosi verso il peggioramento. 4. Quali trattamenti e terapie sono previsti? Per il momento attitudine conservatrice e a resistenza assoluta e dopo accordo con il paziente, ad artrodesi come già evocato nel passato." (doc. A5) Nel suo rapporto all'AI del 17 ottobre 2012 il dr. _____, a dipendenza della frattura al calcagno, aveva attestato un'inabilità lavorativa dal 6 aprile 2012 a data da definire (doc. Al 23). In un successivo rapporto del 6 luglio 2013 il curante ha precisato che era da attendere una ripresa della capacità lavorativa a partire da data "da definire dal dr. _____ (doc. Al 43-3). _____ ha dal canto suo interpellato il dr. _____, chirurgo ortopedico, il quale il 10 settembre 2013 ha ritenuto che gli esiti della frattura limitavano l'assicurato nella deambulazione su terreni irregolari (doc. Al 43). Nel rapporto finale del 1. ottobre 2013 il medico SMR dr. _____, posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "Osteoartrosi moderata sottoastraglica post-traumatica, esiti dopo frattura multi frammentaria nell'aprile 2012" , precisato come l'attività lavorativa dell'assicurato fosse da definire come leggera, ha concluso per una incapacità lavorativa completa dal 2 aprile 2012 al 15 marzo 2013 e in seguito nulla (doc. Al 53-2). Di conseguenza l'amministrazione, con progetto di decisione del 1. ottobre 2013, ha ritenuto giustificata, sia nella sua abituale professione che in qualsivoglia attività lucrativa, un'incapacità lavorativa del 100% dal 2 aprile 2012 al 14 marzo 2013, mentre che in seguito andava riammessa una completa capacità lavorativa, ritenuto come dagli atti medici si evinceva che, a partire da tale data, l'assicurato risultava abile sia nella sua abituale professione che in una adeguata, nella misura del 100% per lo svolgimento di un'attività lucrativa. Di conseguenza la domanda di prestazioni andava respinta "non essendo assolta la condizione connessa all'anno d'incapacità lavorativa con una media almeno del 40% senza notevoli interruzioni e con una conseguente perdita di guadagno, presupposto indispensabile ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI". In fase di osservazioni al progetto l'assicurato ha fatto pervenire ulteriori certificati datati 9 e 25 ottobre 2013 del dr. _____ attestanti un'inabilità lavorativa completa sino al 27 ottobre rispettivamente 27 novembre 2013, senza motivazione (doc. Al 56 e 59). Esaminata tale documentazione, il medico SMR dr. _____ ha ritenuto che la stessa non apportava nessun nuovo elemento clinico confermando la conclusione di totale abilità lavorativa nell'attività da ultimo svolta ed in ogni altra attività "dall'intensità leggera" (doc. Al 61). Di conseguenza, mediante decisione 11 novembre 2013, l'Ufficio AI ha respinto al domanda confermando il progetto (doc. Al 62). Nel suo ricorso l'assicurato contesta dette conclusioni e produce una

certificazione 15 gennaio 2013 del dr. _____ certificante un'inabilità lavorativa completa dal 14 gennaio 2013 "fino a nuovo avviso" (doc. A3) oltre ai rapporti del dr. _____ del 14 marzo e 26 settembre 2013 (doc. A4, A5) e del dr. _____ del 27 aprile, 14 settembre, 9 e 25 ottobre 2013 già agli atti, attestanti inabilità sino al 31 dicembre 2013 (doc. A6). Produce inoltre un rapporto 3 dicembre 2013 del dr. _____ all'attenzione di _____ del seguente tenore: " CONCERNE: Signor _____, _____1967. _____, infortunio del 02.04.2012, quando viene investito da un'auto in _____. Da questo infortunio ne risulta una frattura multi-frammentaria intra-articolare dislocata al calcaneo ex. In seguito ha fatto dei passi da gigante e la situazione è migliorata nettamente, ma nonostante tutto, ha delle difficoltà immense alla deambulazione, in particolare è incapace di muoversi su terreni scivolosi o bagnati. È inoltre impossibilitato a muoversi sui terreni irregolari, quali un ciottolato e nemmeno è pensabile che possa camminare su terreni all'interno di cantieri. La sintomatologia algica si manifesta dopo brevissimi tratti di cammino, anche su una strada liscia e regolare. La sintomatologia algica si manifesta pure a riposo ed è localizzata nella caviglia, all'interno della superficie dell'articolazione tibiale inferiore, sia dalla parte interna del malleolo che dalla parte della trocea del tallone. Quando la sintomatologia all'interno della caviglia è aumentata, cammina come se avesse un ferro da stiro attaccato al piede scivola sulla superficie, in quanto alzarlo e riappoggiarlo gli crea un dolore molto intenso. Questa deambulazione ha naturalmente delle ripercussioni anche sul dorso, in particolare sulla zona lombare, dove aumentano i fastidi in modo graduale. Impossibilitato ad affrontare da solo questa problematica, ho chiesto aiuto al prof. _____ ortopedico della clinica universitaria di _____, che a sua volta ha individuato un'inadeguata confezione della scarpa con suola ortopedica, motivo per cui mi manderà la sua relazione prossimamente, in modo da poter rimodellare la scarpa ortopedica. Mi chiede inoltre una RMI recente della caviglia, così da poter analizzare meglio la problematica derivante dal paziente. Ritengo che in queste circostanze il paziente, per il lavoro che svolgeva prima, portando avanti dei progetti elaborati in fase di costruzione insieme con i capocantieri, non potrà più frequentare i cantieri perchè le superfici dei cantieri non sono lisce. Posso quindi tranquillamente certificare e precisare che il signor RI 1 è incapace di svolgere il suo lavoro come capo-progetto su cantieri, finalizzato ad eseguire la realizzazione dei progetti finiti sulla carta in ufficio. Sino a quando non vi sarà una scarpa ortopedica e una valutazione da un ortopedico specializzato come il prof. _____ che cerca di integrare la problematica e la frattura multi-frammentaria del calcagno nell'ambito del disturbo che il paziente presenta e che si estende su diversi livelli di articolazioni all'interno del malleolo, penso che sia inevitabile scriverlo inabile al lavoro al 100%. Si dovrà insistere con le indagini radiologiche tipo RMI per presentare al prof. _____ la situazione attuale delle articolazioni del sistema tallo-calcaneare e del sistema tibio-calcaneare, onde identificare le cause che portano a questa difficoltà di deambulazione. Non appena sarò in possesso di tale documentazione, mi permetterò di inviarvene una copia per conoscenza." (doc. A7)

L'assicuratore LAINF valutata la documentazione agli atti, con decisione 28 novembre 2013, ha sospeso le indennità giornaliere a partire dal 14 marzo 2013 motivando: " (...) Il 24.07.2012 il dott. _____ comunicava: la frattura presenta una consolidazione su gran parte del calcagno, persiste solo una zona ancora non consolidata a livello del processo calcaneare antero-laterale e sustentaculum tali. Globalmente l'evoluzione è favorevole dal punto di vista clinico che da quello radiologico, non è però ancora completamente consolidata. In data 15.11.2012 è stata eseguita una RMI che mostrava un'avanzata

consolidazione della frattura pluri-frammentaria del calcagno con minimo edema sub condrale residuo anteriormente con minimo scalino intra-articolare della faccia articolare anteriore, che costituisce una preartrosi. Leggera forma di una sindrome del sinus tarsi. Tendinopatia inserzionabile del tendine di Achille e borsite pre-achillea. Il 14.03.2013 il dott. med. _____, clinica _____, ha diagnosticato osteoartrosi moderata sottoastragalica sinistra, stato dopo frattura multi frammentaria con orizzontalizzazione caviglia sinistra e conflitto anteriore tibio-talare su orizzontalizzazione talare post-frattura calcagno sinistro. Dal 14.03.2013 al 02.09.2013 nessuna consultazione medica ha avuto luogo. Nel certificato del 04.09.2013 dott. med. _____ attesta un'inabilità al lavoro al 100% già dal 14.03.2013 al 26.09.2013. Secondo i suoi seguenti certificati questa inabilità al lavoro completa continua. (...) La documentazione medica è stata inoltrata in data 29.11.2012 al nostro medico consulente per valutare la durata dell'inabilità lavorativa. Il nostro medico ritiene che non sia più giustificata un'inabilità lavorativa al 100%. Infatti, la risonanza magnetica non ha evidenziato lesioni rilevanti che giustifichino questo grado d'inabilità lavorativa. Già a partire dalla metà di gennaio 2013 Lei sia nuovamente abile al lavoro almeno nella misura del 50%. Inoltre, nel frattempo la frattura si è consolidata e non è stata rilevata un'irritazione dell'articolazione tibio-tarsale inferiore. I problemi legati al tendine d'Achille potrebbero essere risolti con una soletta ortopedica che permetterebbe un rapido aumento dell'abilità lavorativa. Dal rapporto del 14.03.2103 del dott. _____ emerge che la sintomatologia dolorosa e rigidità classica è attualmente ben compensata con scarpe ortopediche, probabilmente ancora leggermente da affinare come consigliato presso un tecnico in ortopedia. Nel questionario del 26.08.2013 dott. _____ conferma, che non sussisteva più un'inabilità lavorativa ("Secondo il rapporto del 14.03.2013 non a mia conoscenza"). Neanche dal rapporto del 26.09.2013 del dott. _____ emerge un'inabilità lavorativa. La sua valutazione si base essenzialmente sulle indicazioni fornite da Lei stesso relativamente ai Suoi disturbi. Nel certificato del 04.09.2013 il dott. _____ attesta un'inabilità al lavoro al 100% già dal 14.03.2013 al 26.09.2013. Secondo i suoi seguenti certificati del 09.10.2013 questa inabilità al lavoro completa continua. Però, il dott. _____ in qualità di internista non dispone della qualifica specialistica per esprimersi con competenza sulla problematica ortopedica. Di conseguenza non si può riconoscere valenza probatoria alla sua valutazione dell'inabilità al lavoro. Dalla documentazione intera in nostro possesso emerge che a causa dell'infortunio del 02.04.2012 da Lei subito, è provata un'inabilità lavorativa al 100% massimo al 14.03.2013. I Suoi disturbi non La limitano più nello svolgimento della Sua professione quale consulente in direzione di sviluppo di processi energetici e, riprendendo il Suo lavoro, non c'è pericolo di peggiorare lo stato di salute. È quindi esigibile che Lei riprenda la Sua attività lavorativa." (doc. A8)

2.5. 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; I 462/05 del 25 aprile 2007, 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 p. 31; Pratique VSI 3/1997 p. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli

assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; I 462/05 del 25 aprile 2007). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). 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 p. 109 consid. 3a/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, p. 230). 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, I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001; DTF 130 V 352). 2.6. La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità la guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti; d'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135, 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali,

in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione dell'8 luglio 1999 (U183/98), il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). Il principio del coordinamento è in seguito stato relativizzato dal TF, il quale ha stabilito non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione per l'invalidità verso l'altro assicuratore, tant'è che il primo non può interporre opposizione ad una decisione del secondo e viceversa (DTF 131 V 362, 133 V 549).

2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e le STF 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 per mettere in dubbio le approfondite e convincenti valutazioni operate dai medici specialisti interpellati nel corso della procedura, segnatamente dal dr. _____ e dal SMR. Essi hanno in effetti debitamente considerato e approfondito le affezioni invalidanti di cui l'assicurato è portatore ed hanno proceduto, dopo un'attenta analisi dei dati oggetti e soggettivi, ad una convincente valutazione circa la residua capacità lavorativa, giungendo ad una conclusione univoca che stabilisce un'inabilità lavorativa nell'attività di consulente in direzione di sviluppo di processi energetici - a motivo delle difficoltà incontrate a deambulare su terreni scivolosi o bagnati o irregolari, come i cantieri -, ma comunque una capacità lavorativa completa in attività leggere adeguate preferibilmente sedentarie, in particolare in compiti amministrativi. In effetti, nella sua certificazione del 14 marzo 2013, il dr. _____, chirurgo ortopedico, valutate le radiografie e la RM effettuata, confermata la diagnosi di " Osteoartrosi moderata sottoastragale post-traumatica sx in Stato dopo frattura multiframmentaria con orizzontalizzazione caviglia sx aprile 2012 e Conflitto anteriore tibio-talare su orizzontalizzazione talare post-frattura calcagno sx", ha rilevato come la problematica di una sintomatologia dolorosa dopo frattura multiframmentaria intraarticolare dislocata del calcagno sinistro trattata conservativamente, pur avendo un'evoluzione verso un'osteoartrosi progressiva secondaria post-traumatica, appariva ben compensata da scarpe ortopediche di vario genere con ancora qualche sensazione d'insicurezza, probabilmente ancora leggermente da affinare come consigliato presso un tecnico in ortopedia. Secondo lo specialista infatti l'uso di scarpe ortopediche era fondamentale, rilevando altresì come la lamentata dolenzia anteriore era da considerare di poca rilevanza. Il 26 agosto 2013, riferendosi alla visita del 14 marzo precedente, ha confermato le sue conclusioni negando l'esistenza di un'inabilità lavorativa e dichiarato che le attività amministrative erano possibili "senza limiti" (doc. AI 39-1). Nel successivo rapporto del 26 settembre 2013 sempre il dr. _____, ritenuta la situazione sovrapponibile a quella constatata nel marzo precedente, malgrado il denunciato peggioramento dei dolori a "forma di ferro di cavallo", trattato dal medico curante con trattamento di onde d'urto nelle regioni dolorose di iperappoggio anteriore, ha ribadito come l'assicurato fosse al momento più propenso ad una attitudine conservatrice e si è limitato a segnalare la possibilità di procedere in futuro ad un intervento chirurgico di artrodesi con innesto osseo per correggere l'appiattimento dell'angolo talo-calcaneare. Ha infine illustrato

le limitazioni dell'assicurato incontrate nella deambulazione (doc. A5). Dette conclusioni non sono state smentite da altre certificazioni agli atti, le quali sono del resto state adeguatamente valutate dal medico SMR dr. _____, il quale, nel rapporto del 1. ottobre 2013, posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Osteoartrosi moderata sottoastralgica post-trau-matica, esiti dopo frattura multi frammentaria nell'aprile 2012 ", e precisato come l'attività lavorativa dell'assicurato fosse da definire come leggera, ha concluso per una incapacità lavorativa completa dal 2 aprile 2012 al 15 marzo 2013 (ossia alla data di valutazione da parte del dr. _____) e in seguito nulla (doc. AI 53-2). Del resto, richiamata la giurisprudenza esposta al consid. 2.6, va osservato che anche l'assicuratore LAINF _____, valutata la documentazione agli atti, con decisione del 28 novembre 2013 (non ancora cresciuta in giudicato), ha sospeso le indennità giornaliere a partire dal 14 marzo 2013 rilevando come dal 14 marzo al 2 settembre 2013 nessuna consultazione medica avesse avuto luogo e osservando come dopo esame della documentazione medica il medico consulente avesse concluso come non fosse più giustificata un'inabilità lavorativa al 100%, la risonanza magnetica non avendo evidenziato lesioni rilevanti tali da giustificare un'inabilità. A detta di _____, già a partire dalla metà di gennaio 2013 l'assicurato era quindi da ritenere nuovamente abile al lavoro almeno nella misura del 50%. Considerato inoltre come nel frattempo la frattura si fosse consolidata e non fosse stata rilevata un'irritazione dell'articolazione tibio-tarsale inferiore, osservato come la situazione fosse ulteriormente migliorabile mediante una soletta ortopedica adeguata e rilevato come dal rapporto del 14 marzo 2013 del dr. _____ non sussisteva più un'inabilità lavorativa e come d'altra parte il dr. _____ non disponesse della qualifica specialistica per esprimersi con competenza sulla problematica ortopedica, l'assicuratore ha concluso che dal 14 marzo 2013 l'assicurato era in grado di riprendere il suo lavoro (doc. A8). Merita d'altro canto piena conferma la valutazione 13 dicembre 2013 espressa in corso di causa dal SMR riguardo alla residua capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, rispettose delle limitazioni segnalate dai medici, segnatamente riguardanti la deambulazione su terreni sconnessi o le posizioni chinate o inginocchiate, l'utilizzo di pedali o il trasporto di pesi superiori ai 15 kg, gli spostamenti prolungati, l'uso delle scale (doc. IV). Questo Tribunale deve attribuire alle valutazioni del SMR pieno valore probante conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.5), giacché egli è giunto a conclusioni logiche dopo aver esaminato approfonditamente i punti litigiosi importanti e in piena conoscenza dell'incarto. A questo riguardo va pure 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 LPGA - 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'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). In una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I

938/05), il TFA ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Ciò deve quindi a maggior ragione valere in caso di accordo tra parere del medico curante e valutazione del SMR. Con specifico riferimento al parere espresso dal dr. _____, ribadite le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C-949/2010 del 5 luglio 2011, STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.5), la - parzialmente differente - valutazione del curante in punto alla residua esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su concordanti pareri medici ai quali va conferita piena forza probatoria. In proposito si osservi come per la giurisprudenza di norma una valutazione sulla base dei soli atti medici è possibile se il SMR dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (nel caso di una perizia cfr. STF 9C_376/2007 del 13 giugno 2008). In realtà il dr. _____, pur confermando lo stesso quadro diagnostico degli altri specialisti che hanno valutato l'assicurato, dopo aver rilevato come dalla frattura subita l'assicurato avesse fatto "passi da gigante" e la situazione fosse "migliorata nettamente", si è limitato a sottolineare le difficoltà alla deambulazione su terreni scivolosi o bagnati, irregolari, un ciottolato e terreni all'interno di cantieri e a rilevare l'accentuazione della sintomatologia dolorosa all'interno della cavaglia, per la quale egli aveva interpellato il prof. _____, ortopedico della clinica universitaria di _____, per ottenere un parere specialistico (che tuttavia, a distanza di diversi mesi, non è mai pervenuto) e per un'inadeguata confezione della scarpa con suola ortopedica. In sostanza il curante si pronuncia tuttavia esclusivamente sulla capacità lavorativa nel mestiere precedentemente esercitato, a dipendenza dell'impossibilità di frequentare i terreni dei cantieri, non invece su quella in attività leggere adeguate rispettose delle limitazioni da lui evidenziate (doc. A7). Analogamente vale per i suoi stringati e non motivati certificati di inabilità del 27 aprile, 4 settembre, 9 e 25 ottobre 2013 (doc. AI 56, 59). Tali valutazioni non possono pertanto modificare le predette conclusioni tratte dal medico SMR. Né peraltro può essere di rilievo il fatto, addotto dal ricorrente, che egli avrebbe formulato opposizione alla decisione dell'assicuratore LAINF, considerato come le conclusioni dell'Ufficio AI si basano, come detto, su un'approfondita valutazione della documentazione agli atti e che del resto, almeno in questa sede, divergono in punto all'esigibilità dell'attività lavorativa precedentemente esercitata. All'assicurato va comunque ricordato che egli potrà chiedere la revisione di questo giudizio nella misura in cui l'esito della procedura dell'assicuratore infortuni sarà rilevante ai fini di una diversa valutazione del grado d'invalidità con eventuale diritto ad una rendita. Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle succitate affidabili e concludenti risultanze mediche che hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'assicurato (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. anche le STFA I 938/05 del 24 agosto 2006 e I 143/07 del 14 settembre 2007), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute, se necessario cambiando professione (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle

assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che se RI 1 non è più in grado di esercitare la precedente attività di direttore lavori e coordinatore di progetti energetici dal 2 aprile 2012, tuttavia dal marzo 2013 va ritenuto abile in misura completa in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali elencati, ritenuto che in particolare non esistono limitazioni per attività da eseguire seduti e con carichi variabili (doc. IVbis). Contrariamente a quanto sembra concludersi dalla decisione contestata infatti, l'assicurato, almeno sino al momento decisivo della decisione stessa, non ha più riacquisito la capacità lavorativa nella professione esercitata, a motivo delle difficoltà di deambulazione su terreni irregolari. Con riferimento al possibile futuro peggioramento delle sue condizioni paventato dai medici, segnatamente la possibile degenerazione completa a medio/lungo termine dell'artrosi post-traumatica sottoastragalica con dolori (certificato 14 marzo 2013 del dr. _____, doc. AI 34), a prescindere dal fatto che potranno allora se del caso essere approntate eventuali adeguate misure terapeutiche (quali l'uso di infiltrazioni intraarticolari di anestetico locale derivato dal cortisone e viscosupplementazione o in ultima analisi un'artrodesi; cfr. doc. AI 34), basti in questa sede rilevare come il provvedimento in oggetto si pronuncia sulla situazione in essere fino al momento determinante della resa della decisione stessa, la quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Il presente giudizio non pregiudica per contro eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, ritenuto come in caso di peggioramento delle sue condizioni il ricorrente avrà la facoltà di presentare una nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado di inabilità. D'altra parte, va ricordato che se da un lato 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'altro 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). 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). Inoltre, 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 Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungs-rechtspflege*, 2a ed., p. 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). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. D'altra parte, come detto, il

ricorrente non ha fornito, né in sede amministrativa né in questa sede, documentazione medica che contraddica le menzionate certificazioni agli atti e che possa in qualche modo attestare la presenza di altre patologie rilevanti o una diversa valenza invalidante delle affezioni di cui è portatore oppure l'intervento di un peggioramento dello stato di salute rilevante (DTF 130 V 140, 129 V 4) . 2 .8. Per quel che concerne l'aspetto economico, l'amministrazione ha ritenuto che nel caso in esame non sono dati i presupposti per intraprendere provvedimenti di ordine professionale in considerazione del percorso scolastico-professionale e del danno alla salute. Nella risposta di causa ha altresì evidenziato la presenza, in un mercato adeguato del lavoro, di attività alternative da svolgere dall'assicurato, prendendo in considerazione, come verrà detto nel prosieguo, quale reddito da invalido i salari statistici e stabilendo una perdita di guadagno e, quindi, un grado di invalidità dello 0%. In particolare, riguardo alla determinazione del grado d'invalidità, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario dell'art. 16 LPGA (cfr. consid. 2.3), occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute e, quindi, nella sua ultima attività (reddito da valido) con quello ipotetico risultante dalle attività esigibili nonostante l'invalidità (reddito da invalido). L'Ufficio AI ha quindi rettamente quantificato il salario da valido computando il reddito percepito quale direttore lavori e coordinatore progetti energetici di fr. 48'000.--, dichiarato dall'ultimo datore di lavoro per l'anno 2011 (doc. 22-3). In merito al calcolo del reddito ipotetico da invalido, conformemente alla giurisprudenza e come si evince dalla risposta di causa, l'amministrazione l'ha stabilito computando il reddito statistico conseguibile nel 2011 in un'attività semplice e ripetitiva, pari a fr. 61 '776.-, utilizzando i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (anno 2010) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori, in un'attività semplice e ripetitiva, nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.). L'Ufficio AI ha poi tenuto conto di una riduzione del reddito per circostanze personali (segnatamente per la necessità di effettuare lavori leggeri) del 3% e del 7%. In relazione a tale riduzione operata sul reddito statistico, deve essere osservato che la giurisprudenza di questo Tribunale (cfr. STCA del 31 gennaio 2013, 32.2012.36, confermata dal TF mediante pronuncia del 26 agosto 2013, 9C-179/2013; cfr. anche STCA 32.2012.265 del 11 giugno 2013) ha osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale. In concreto dunque, ritenuto che l'Ufficio AI ha considerato fattori di riduzione del 3% e 7%, per quanto esposto la riduzione dovrebbe ammontare complessivamente al 15% (5 + 10) ottenendo quindi un reddito da invalido di fr. 52'509.60 (61 '776.-- meno il 15%). Dal raffronto tra il reddito da valido di fr. 48'000.-- ed il reddito da invalido di fr. 52'509.60 non risulta alcun tasso d'invalidità ($48.000 - 52'509.60 \times 100 : 48'000$). Anche ammettendo una riduzione globale massima del 25%, l'assicurato non avrebbe comunque diritto alla rendita, il grado d'invalidità essendo del 3,5 % [$48 '000 - 46'332 \times 100 : 48 '000$]. Alla medesima conclusione, si giungerebbe con ogni verosimiglianza anche volendo aggiornare i redditi di riferimento fino al 2013, anno dell'emissione della decisione contestata. Infine, visto il basso tasso di invalidità, l'esito della vertenza non muterebbe neanche volendo esaminare per ipotesi l'eventualità di una riduzione del reddito statistico

da invalido in presenza di un gap salariale in applicazione della giurisprudenza per la quale quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico (ossia di almeno il 5 %) ed è quindi da considerarsi considerevolmente inferiore alla media, si può giustificare - soddisfatte 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, 134 V 322 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5, U 8/07 del 20 febbraio 2008). A fronte di un'abilità lavorativa comunque completa in un'attività adeguata dal marzo 2013, a ragione, quindi, l'amministrazione ha concluso per l'assenza di un grado di invalidità conferente il diritto ad una rendita di invalidità. In proposito va pure nuovamente richiamato il principio generale per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno: 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 123 V 233, 117 V 278 e 400, 113 V 28; Riemer ■ Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572). In concreto, considerata tra l'altro l'ampia formazione e esperienza professionale di cui può vantarsi il ricorrente (cfr. doc. AI 13), a ragione l'amministrazione ha evidenziato nella risposta di causa 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 STF 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 p. 296; cfr. anche STFA 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 p. 331), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, o nei servizi, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, o di incasso o assemblaggio, che non comportano aggravii fisici e che possono essere eseguite in posizione seduta (RCC 1980 p. 482; cfr. inoltre STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). A ciò si aggiunge che, tramite la riduzione del reddito riconosciuta dalla giurisprudenza (DTF 126 V 75) - in concreto ammessa nella misura generosa del 15% - si tiene conto delle particolari limitazioni riconducibili al danno alla salute ("leidensbedingte Einschränkung", DTF 129 V 472 consid. 4.2.3 p. 481 con riferimenti, STF I 418/06 del 24 settembre 2007, consid. 4.3). Ne consegue che la decisione contestata dev'essere confermata - nella sua sostanza e meglio nella misura in cui ha stabilito il rifiuto di una rendita di invalidità, non essendo assolta la condizione connessa all'anno d'incapacità lavorativa con una media almeno del 40% senza notevoli interruzioni e con una conseguente perdita di guadagno, presupposto indispensabile ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI - mentre il ricorso va respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.