

TI_GERICHTE 32.2013.221 vom 8. November 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-11-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.221

FR: TI_GERICHTE 32.2013.221 du 8 novembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.221 del 8 novembre 2013

Regeste

Confermata la soppressione della rendita in via di revisione

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.5. Se il grado d’invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d’ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d’invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l’art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una revisione può in particolare giustificarsi se un altro metodo di valutazione d’invalidità s’impone (DTF 119 V 475 consid. 1b/aa con riferimenti; vedi anche STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, consid. 2, pure con riferimenti). Vi è motivo di revisione anche allorquando cambiano sensibilmente le circostanze (ipotetiche) che hanno determinato la scelta del metodo applicabile al calcolo del grado d’invalidità (STF 9C_64/2012 dell’11 luglio 2012, consid. 5.1). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell’art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell’istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 133 V 108 e 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (art. 17 LPGA), pag. 379-380). Se la capacità al guadagno dell’assicurato migliora, v’è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all’occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in

cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

2.6. Nel caso in esame, con decisione del 6 gennaio 2012 (doc. AI 1-3) l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita intera dal 1. novembre 2011 essendo stato ritenuto, come risulta dalle motivazioni (cfr. doc. AI 34/1-2), totalmente inabile al lavoro per qualsiasi attività dal 16 agosto 2010 ((...) dalla documentazione agli atti risulta che lei dal 16 agosto 2010 presenta una pressoché totale incapacità lavorativa in qualsiasi tipo di attività professionale. (...)" (doc. AI 34/1)) e vista la domanda di prestazioni del maggio 2010 (dopo l'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e dopo sei mesi dalla data in cui ha rivendicato il diritto ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI). L'Ufficio AI aveva fondato il proprio provvedimento sulla base del rapporto finale 10 ottobre 2011 (doc. AI 24/1-4) nel quale il medico SMR dr. _____ – poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: “(...) stato dopo ricostruzione della cuffia dei rotatori e decompressione della spalla destra mini open, per la presenza di una rottura del sovraspinato. [...] Algie aspecifiche arti inferiori e arto superiore sinistro (in valutazione) (...)” (doc. AI 24/1) – aveva evidenziato che “(...) il decorso post-operatorio attestato dallo spec. ortopedico Dr. _____ non è favorevole, in particolare è stato caratterizzato dall'insorgenza di una sindrome infiammatoria tanto da far sospettare un processo infettivo in atto che è stato escluso, sia con una ricerca diretta di batteri sia con una scintigrafia ossea con leucociti marcati. Poi la situazione ha subito una svolta con l'utilizzo della fisioterapia, dove è riuscita a vincere la presenza di una capsulite retrattile. Alla visita del 04.10.2011 la situazione è un po' migliorata rispetto al primo periodo postoperatorio, ma a distanza del giorno 11.10.2010 ci troviamo ancora di fronte ad un'ipofunzione della spalla destra, tanto da non permettere il rientro in ambito professionale neppure in una capacità lavorativa parziale. Da notare che il signor _____ lavora con macchinari molto pesanti, con vibrazioni importanti. I dolori sono nettamente diminuiti ma è ancora presente una capsulite, E' stata richiesta una valutazione specialistica al PD dr. med. _____, _____, _____ in merito alla problematica della spalla destra e della comparsa di dolori poco spiegabili e poco oggettivabili . (...)” (doc. AI 24/3) e concluso che “(...) per tale motivo si suggerisce di rivalutare il caso in valutazione a 3-4 mesi dopo aggiornamenti degli atti medici in sospetto anche di una nuova problematica neuromuscolare sottostante. Provvedimenti in ambito IT non ravvisabili. (...)” (doc. AI 24/3). In effetti, nella motivazione della decisione del 6 gennaio 2012 (doc. AI 34/1-2), l'Ufficio AI aveva, in particolare, evidenziato che “(...) una revisione del grado è prevista ad inizio anno 2012. In tal ambito sarà valutata la possibilità della messa in atto di provvedimenti professionali. (...)” (doc. AI 34/1).

2.7. Nell'ambito della revisione intrapresa nell'agosto 2012 (cfr. consid. 1.2) l'Ufficio AI ha predisposto una perizia reumatologica a cura del dr.

_____ (doc. AI 47/1-2 e 48/1-2). Il dr. _____, FMH in medicina interna e reumatologia, nella perizia 19 gennaio 2013 (doc. AI 50/1-10) – esposti la raccolta dei dati anamnestici e soggettivi, le constatazioni obiettive e poste le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro: “(...) • Periartropatia omero scapolare destra cronica su/con: b. Stato dopo artroscopia spalla destra, ricostruzione del sopraspinato, decompressione sottoacromiale il 11.10.2010. c. Lesioni parziali del sopraspinato e sub scapolare con persistente importante deficit di mobilità. • Periartropatia omero scapolare sinistra cronica su/con: d. Tendinite del sopraspinato (...)” (doc. AI 50/7) – ha espresso la seguente valutazione: " (...) L'assicurato 50 enne, RI 1, ha iniziato ad accusare dolori verso il 2007 alla spalla dx più marcati che a sx, progressivamente peggioramento degli stessi e impossibilità di sollevare il braccio dx sopra l'orizzontale per cui si reca dal medico curante che lo invia al Dr. _____ che diagnostica, nella sua lettera del 13.09.10, una rottura del sopraspinato con impingement sottoacromiale della spalla dx. Il paziente è operato il 11.10.10 di artroscopia alla spalla dx, ricostruzione del sopraspinato e decompressione sottoacromiale, abbastanza rapidamente l'evoluzione appare negativa con paziente che riferisce di un peggioramento dei dolori senza che mai si trovi veramente una chiara causa. Lo stesso è inviato dal Dr. _____ al Dr. _____ che lo visita il 10.05.11 con diagnosi di stato dopo intervento artroscopico alla spalla dx con ricostruzione del sopraspinato e decompressione sottoacromiale con persistenti dolori diffusi in parte di tipo muscolare non chiari. Alla luce della situazione é attestata una rendita AI al 100% e il paziente è inviato dal Dr. _____ alla Clinica _____; nei loro 2 rapporti del 22.11.11 e 18.01.12 i medici Dr. _____, Dr. _____ e Dr. _____ diagnosticano una lesione della cuffia dei rotatori a dx con rottura parziale del subscapolare, stato dopo artroscopia della spalla con débridement subacromiale e riposizione aperta del muscolo sopraspinato il 11.10.10, fanno notare come si potrebbe anche proporre un intervento operativo che però non è garanzia di miglioramento. Il paziente non vuole sottoporsi a un nuovo intervento, continua ad accusare dolori alla spalla, in particolare ai minimi movimenti. All'esame clinico Spalle: Distanza pollice vertebra prominens 0/21 cm a sinistra 0/37 cm a destra, mobilità spalla sinistra nella norma, spalla drt abduzione 80 gradi ante flessione 90 gradi, a sinistra abduzione 110 gradi ante flessione 140 gradi, presenza di dolenza alla digitopressione del tendine lungo del biceps e articolare, assenza di sinovite. Test di Jobe, Lift-off e Body-cross nella norma. A destra diminuzione della forza per la rotazione interna a destra. All'esame ecografico si confermano delle lesioni parziali del tendine del sopraspinato e subscapolare. [...] Il paziente presenta una periartropatia omero scapolare cronica in stato dopo intervento di decompressione sottoacromiale. Le cause dei dolori e della limitazione funzionale importante sono probabilmente multiple e non dovute solo alle lesioni parziali visibili. Il problema è che la mobilità della spalla, come anche notato dai colleghi è molto diminuita e non permette più lavori sopra l'orizzontale o sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg. A livello terapeutico penso sia stato fatto tutto il possibile compresi multipli consulti e non vedo terapie che possano migliorare considerevolmente la situazione attuale. Il paziente è da ritenersi inabile al 100% in modo definitivo nel suo precedente lavoro di manutenzione delle strade. In un attività leggera che non contempli lavori sopra l'orizzontale, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg o fare movimenti di rotazione ampi con il braccio dx, il paziente è abile al 100%. La prognosi è di una situazione stabile. (...)" (doc. AI 50/5-6) Quanto alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il perito ha concluso: " (...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro 1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai

disturbi constatati Il paziente non è in grado di sollevare la spalla dx sopra l'orizzontale, presenta una diminuita forza, in particolare per la rotazione interna, e una lieve diminuzione della mobilità. A livello della spalla sx. abbiamo più che altro una sindrome d'impingement con dolori all'elevazione sopra l'orizzontale. 2 Conseguenza dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Il paziente è destrimano e non può in pratica usare il braccio dx, non è più in grado di lavorare lungo le autostrade o strade, di usare il Jacky boy o di eseguire lavori manuali pesanti. 2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico Il paziente è in grado di eseguire lavori leggeri, dove non debba mai sollevare il braccio dx sopra l'orizzontale, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg. a. L'attività attuale è ancora praticabile? No. [...] C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? No. [...] 1.2 Se no preghiamo di motivare Non esistono provvedimenti di ordine medico che possano migliorare la capacità lavorativa attuale. 2 È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto attuale? No. [...] 3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista medico e di cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? Il paziente non è in grado di sollevare il braccio dx sopra l'orizzontale né di sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg, a causa di questi dolori egli presenta anche una diminuita presa a livello della mano. Nell'ambito di un'attività che non contempli lavori sopra l'orizzontale, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg o fare movimenti di rotazione ampi con il braccio dx, il paziente è abile al 100%. [...] 3.3 È presente inoltre una riduzione della capacità lavorativa? In un'attività con le limitazioni sopra descritte no. (...) " (doc. AI 50/8-10) La valutazione del dr. _____ è stata confermata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 24 gennaio 2013 (doc. AI 51/1-3). Lo stesso sanitario – avuto riguardo allo scritto 12 aprile 2013 nel quale il dr. _____, dell' _____, ha comunicato all'Ufficio AI che "(...) è nota la diagnosi a livello della spalla destra con tendinosi, malgrado la ricostruzione del sovraspinato. Egli [ndr.: l'assicurato] è stato sottoposto ad un corso di computer, dove il mantenimento del mouse determina una tensione continua a livello del sovraspinato. Risultato è la presenza di numerosi punti Trigger molto dolorosi necessitanti un trattamento fisioterapico specifico. Per questo motivo mi sono permesso di prescrivergli 9 sedute. Rivedrò il signor RI 1 al bisogno e nel frattempo tenterà di portare a termine il corso di computer. (...) " (doc. AI 58/1) – nelle annotazioni del 31 maggio e del 10 giugno 2013 ha rilevato che "(...) dalle informazioni del collega citato [ndr.: dr. _____], l'A. presenterebbe una contrattura a livello del muscolo sovraspinato della spalla dx, che necessita un periodo di riabilitazione di circa un mese (9 sedute). Si precisano le limitazioni funzionali dell'A.: - è destrimano e non può in pratica usare il braccio dx: sollevamento pesi 0 kg - non è più in grado di lavorare lungo le autostrade o strade di usare il Jacky boy o di eseguire lavori manuali pesanti. L'A. è in grado di eseguire lavori leggeri, dove non debba mai sollevare il braccio dx sopra l'orizzontale, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg (con il braccio sx) (...) " (doc. AI 61/1) e che "(...) la problematica tendinosi sollevata dal Dr. med. _____ nel suo rapporto medico del 12.04.2013, è (patologia SENZA influsso sulla CL) risolvibile con opportuna fisioterapia, e non costituisce una nuova diagnosi invalidante permanente. Si conferma il rapporto medico SMR del 28.01.2013 [ndr. recte: 24.01.2013] (...) " (doc. AI 64/1). Con scritto del 12 agosto 2013, riferendosi alla consultazione del 9 agosto 2013, il dr. _____ ha attestato che "(...) la situazione riguardante la spalla destra risulta precaria. È nota una rerottura della

cuffia dei rotatori con segni di tipo degenerativi. Questo ha portato anche alle considerazioni dei colleghi della clinica _____ a non indicare un' ulteriore procedura chirurgica, in quanto le chance di successo sarebbero estremamente esigue. Si tratta quindi di trovare una soluzione di tipo amministrativa, visto che la professione abitualmente svolta non è più fattibile. Nei lavori leggeri non si deve tenere in considerazione la fattibilità di questi al di sopra del piano orizzontale delle spalle e portare pesi inferiori a 10 kg saltuariamente al di sotto della cintura nel range da 0 a 90%. Avevo già sottolineato precedentemente la difficoltà anche di mantenere l'arto in abduzione per mobilizzare il mouse, visto il substrato somatico della spalla. Vi è inoltre da tenere in considerazione il progredente impingement sottoacromiale, che determina una progressiva usura. Vi è la possibilità che si sviluppi in futuro un'artropatia da rottura della cuffia dei rotatori (l'impingement progressivo porta ad un'usura completa della cuffia dei rotatori e successiva erosione cartilaginea, con conseguente artrosi omero scapolare necessitanti, a seconda della clinica proposta, l'eventuale impianto di una protesizzazione totale inversa). Quindi è difficile per me pensare ad un'attività leggera permanente, proprio per questo aspetto degenerativo. Dichiaro che in questa situazione un programma di fisioterapia anche intensivo, tratta unicamente un sintomo e non riesce a risolvere la problematica a monte. Tutto dipende anche dal fatto che il muscolo deltoide ha una capacità di compensazione che però risulta limitata. Al fine di poter effettuare una valutazione corretta non solo riguardante la spalla destra, ma anche la spalla contro laterale, il rachide cervicale e lo stato generale di salute del paziente, propongo l'esecuzione di una perizia neutra sullo stato di salute in base agli incarti finora assimilati e in base alla valutazione clinica. (...)" (doc. AI 77/2-3). I succitati scritti del 12 aprile e del 12 agosto 2013 del dr. _____ sono stati sottoposti al dr. _____ (doc. AI 80/1) che, con complemento dell'8 settembre 2013 (doc. AI 81/1-2), ha osservato: "(...) la lettera non porta novità a livello diagnostico. Nel suo scritto, parla di segni degenerativi della cuffia già citati nella mia diagnosi con stato dopo artroscopia della spalla dx, ricostruzione del sopraspinato e lesione parziale dello stesso e del sub scapolare con persistente ed importante deficit di mobilità. Non mi è chiaro dalla lettera quali sono i limiti funzionali per il dr. _____. La spalla però non è sottoposta a particolare carichi ai lavori al computer, se il posto di lavoro risponde alle esigenze ergonomiche. In particolare il paziente deve poter appoggiare gli avambracci scaricando così sia la muscolatura toracale sia il sopraspinato, utilizzare dei mouse ergonomici che permettono di non dover eseguire ulteriori rotazioni con il braccio o usare quest'ultimo con il braccio sinistro cosa fattibile dopo un po' di allenamento. La posizione in abduzione è molto relativa in quanto se ci guardiamo noi stessi al computer lavoriamo con un braccio in 20 gradi di adduzione e non in abduzione completa. Al computer inoltre non abbiamo movimenti ripetuti di adduzione oltre i 60 gradi quindi non possiamo avere dolori dovuti all'impingement. I dolori toracali sono probabilmente dovuti ad un certo decondizionamento in paziente che non lavora da tempo e forse una postura non corretta sul posto di lavoro. Personalmente non vedo controindicazione nell'ambito di attività leggere dove non viene utilizzata particolarmente la spalla e secondo le limitazioni da me descritte. Nella sua lettera del 12.08.13 il Dr. _____ parla di una perizia neutra ma non so fino a che punto egli sia a conoscenza del fatto che io abbia eseguito una perizia nel corso del mese di gennaio. Ricordo che allora avevo anche valutato la spalla contro-laterale con un'ecografia funzionale. Ricordo che sono membro della Società Svizzera di Ecografia e che sono tutore nell'ambito della Sonografia Funzionale dell'apparato locomotorio. Con gli attuali apparecchi ecografici la sensibilità e la specificità della sonografia, nell'ambito di

valutazione di lesioni tendinee, è paragonabile a quella di una RM. Non ho eseguito personalmente una Rx della colonna cervicale in quanto all'esame clinico quest'ultima risultava normo mobile e senza particolari dolenzie alla palpazione. (...)” (doc. AI 81/1-2). 2.8. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 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). 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 ; 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). 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). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato

quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, 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 - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) " (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010 , consid. 2) Va poi 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). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il medico SMR dr. _____ il quale – confermando la perizia reumatologica del 19 gennaio con complemento dell'8 settembre 2013 del dr. _____ (doc. AI 50/1-10 e 81/1-2), perizia, questa, che ha compiutamente valutato le affezioni di cui l'assicurato è portatore – ha stabilito un'inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività dal 16 agosto 2010 e un'abilità lavorativa del 100% in un'attività adeguata dal 14 gennaio 2013 (vedi il rapporto finale SMR del 24 gennaio 2013 sub doc. AI 51/1-3 confermato, da ultimo [anche se indicato erroneamente con la data del 26.08.2013], nelle annotazioni del 16 settembre 2013 sub. doc. AI 56/1). Innanzitutto va sottolineato che la perizia reumatologica del 19 gennaio con complemento dell'8 settembre 2013 del dr. _____ – atti, questi, a cui, conformemente alla succitata giurisprudenza

(cfr. consid. 2.8), va riconosciuta forza probatoria piena – non è stata validamente contestata da nessun altro medico specialista. Il dr. _____, nei sopra riprodotti rapporti del 12 aprile e del 12 agosto 2013 (cfr. consid. 2.7), non si è espresso in merito alla capacità lavorativa residua e nemmeno si è puntualmente confrontato con le conclusioni a cui è giunto il perito. Lo stesso specialista – dopo aver evidenziato, sostanzialmente, la difficoltà di mantenere l'arto in abduzione per mobilizzare il mouse visto il substrato organico della spalla e la progressiva usura dovuta al progrediente impingement sottoacromiale con possibilità di sviluppare in futuro un' artropatia da rottura della cuffia dei rotatori – ha concluso che “(...) Al fine di poter effettuare una valutazione corretta non solo riguardante la spalla destra, ma anche la spalla contro laterale, il rachide cervicale e lo stato generale di salute del paziente, propongo l'esecuzione di una perizia neutra sullo stato di salute in base agli incarti finora assimilati e in base alla valutazione clinica. (...)” (doc. AI 77/3). Al riguardo, nel complemento dell'8 settembre 2013 (doc. AI 81/1-2) – atto, lo si ribadisce, a cui va riconosciuta forza probatoria piena – il perito dr. _____ ha osservato che il dr. _____ non apporta novità a livello diagnostico, che la spalla in un posto di lavoro al computer rispettoso delle esigenze ergonomiche non è sottoposta a particolari carichi, che non è possibile avere dolori dovuti all'impingement visto che al computer non abbiamo movimenti ripetuti di adduzione oltre i 60 gradi e che non vede controindicazioni nell'ambito di attività leggere rispettose delle limitazioni poste dove non venga utilizzata particolarmente la spalla. Il perito ha inoltre rilevato che ha valutato anche la spalla contro-laterale con un'ecografia funzionale e che non ha eseguito una Rx della colonna cervicale in quanto all'esame clinico quest'ultima risultava normo-movibile e senza particolari dolenzie alla palpazione. Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alle censure sollevate al punto 10 del ricorso. In merito questo Tribunale ribadisce che il dr. _____ si è espresso chiaramente circa la capacità lavorativa residua in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti nella perizia del 19 gennaio 2013 (doc. AI 50/1-10) e che il dr. _____, con i certificati del 12 aprile e del 12 agosto (doc. AI 58/1 e 77/2-3), oltre a non confrontarsi con il perito, non ha neppure addotto validi motivi che potessero mettere in dubbio la valutazione peritale. Inoltre, come visto sopra, con il complemento dell'8 settembre 2013 il dr. _____ si è espresso sui succitati certificati del dr. _____ concludendo, in modo convincente, che “(...) non posso che riconfermare quanto scritto nella perizia. (...)” (doc. AI 81/2). Giova qui rilevare che il dr. _____, nel rapporto del 24 giugno 2011 indirizzato alla Dr.ssa _____ (doc. AI 23/27-28), aveva già concluso che “(...) a mio avviso per cercare di risolvere il problema di tipo amministrativo, sarebbe la possibilità di un reinserimento del Sig. RI 1 all'interno del dipartimento con una mansione diversa ovvero non un lavoro di forza per almeno la misura del 50%. (...)” (doc. AI 23/27 la sottolineatura è del redattore). Va qui inoltre ricordato 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_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). In particolare, nella STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, l'Alta Corte ha ricordato che "(...) il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (...)" (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e riferimenti). In particolare, quo al contestato miglioramento dello stato di salute – a prescindere dal fatto che nella decisione del 6 gennaio 2012, ritenuta la necessità di dover aggiornare gli atti medici, l'Ufficio AI si era già espressamente riservato la possibilità di procedere ad una revisione all'inizio del 2012 (cfr. consid. 2.6) –, questo Tribunale rileva quanto segue. Il dr. _____, nell'annotazione del 23 settembre 2013 (doc. AI 84/1) – posti a confronto, da una parte, il rapporto del 4 ottobre 2011 con il quale il dr. _____ aveva interpellato per una valutazione il PD dr. _____ rilevando, tra l'altro, che "(...) la flessione anteriore massima raggiungibile è di 100°, l'abduzione 70°, intrarotazione ed extrarotazione decisamente limitate. I dolori sono nettamente diminuiti ma è ancora presente una capsulite. (...)" (doc. AI 23/32-33) e, dall'altra parte, la perizia del 19 gennaio 2013 nella quale il dr. _____, circa l'esame delle articolazioni delle estremità superiori, ha attestato: "(...) SPALLE: Distanza pollice vertebra prominens 0/21 cm a sinistra 0/37 cm a destra, mobilità spalla sinistra nella norma, spalla drt abduzione 80 gradi ante flessione 90 gradi, a sinistra abduzione 110 gradi ante flessione 140 gradi presenza di dolenza alla digitopressione del tendine lungo del biceps e articolare, assenza di sinovite. Test di Jobe, Lift-off e Body-cross nella norma. A destra diminuzione della forza per la rotazione interna a destra. (...)" (doc. AI 50/4) – ha concluso che: " (...) Il miglioramento dello stato di salute dell'A., dalla data del rapporto medico SMR del 10.10.2011 alla data della perizia reumatologica del Dr. _____ del 19.01.2013, è dato: " 1) dall'assenza nel 2013 di processi infiammatori limitanti notevolmente la funzionalità della spalla dx, che invece erano presenti nel 2011, come infatti citava il Dr. med. _____ a pag 2 del rapporto del 04.10.2011 rispettivamente: "Il post-operatorio è stato caratterizzato dall'insorgenza di una sindrome infiammatoria tanto da far sospettare un processo infettivo ..." ed ancora "I dolori sono nettamente diminuiti ma è ancora presente una capsulite", ripeto situazioni che all'atto della perizia Dr. med. _____ non sono presenti; 2) dal miglioramento dei risultati di alcune misurazioni e dei Test funzionali della spalla dx, rispettivamente: - (04.10.2011): abduzione 70°, intrarotazione ed extrarotazione decisamente limitate; - (19.01.2013): abduzione 80°; Test di Jobe, Test di Lift-off nella norma (oltre che nella norma anche il test per l'eventuale presenza di rigidità posteriore della spalla rispettivamente Test di Body-cross, anch'esso nella norma). (...)" (doc. AI 84/1) Questo Tribunale, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), può fare propria la valutazione del medico SMR dr. _____ che attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute (in argomento cfr. la STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013, consid. 5.2). Va qui del resto ribadito che nell'ambito della decisione del 6 gennaio 2012 l'Ufficio AI aveva chiaramente evidenziato la necessità di aggiornamenti medici e di procedere a breve ad una revisione (cfr. consid. 2.6). Inoltre, nelle motivazioni (doc. AI (doc. AI 34/1-2), l'ufficio AI aveva concluso che (...) dalla documentazione agli atti risulta che lei dal 16 agosto 2010 presenta una pressoché totale incapacità lavorativa in qualsiasi tipo di attività professionale. (...)" (doc. AI 34/1) ancorché il dr. _____, nel rapporto

del 24 giugno 2011 indirizzato alla Dr.ssa _____ (doc. AI 23/27-28), aveva rilevato che “(...) a mio avviso per cercare di risolvere il problema di tipo amministrativo, sarebbe la possibilità di un reinserimento del Sig. RI 1 all’interno del dipartimento con una mansione diversa ovvero non un lavoro di forza per almeno la misura del 50%. (...)” (doc. AI 23/27). In simili circostanze vi è da ritenere che all’epoca, ritenuta la situazione non ancora stabile (il dr. _____ il 4 ottobre 2011 aveva chiesto ancora un parere al PD dr. _____ della clinica universitaria _____; i cui atti sono stati poi considerati nella perizia del dr. _____), la capacità lavorativa residua in un’attività adeguata non era ancora stata oggetto di approfonditi accertamenti medici e di conseguenza irrilevante è la censura stante la quale l’Ufficio AI non avrebbe valutato sufficientemente se il miglioramento dello stato di salute giustifichi una capacità lavorativa del 100% in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti (“(...) per quanto attiene al “miglioramento dello stato di salute” [...] l’UAI non ha sufficientemente valutato le conseguenze decisionali giusta il principio della proporzionalità; e meglio se il detto miglioramento possa aver determinato in sì breve periodo un ribaltamento diametrale del coefficiente di incapacità lavorativa, passato, in attività adeguate, dallo 0% al 100%. (...)” (VI pag. 4)). Riguardo ai certificati medici del 15 e 16 aprile 2014 del dr. _____ e del dr. _____, prodotti con lo scritto del 23 aprile 2014 (cfr. consid. 1.7), va rilevato quanto segue. Il dr. _____, FMH in medicina generale, nel certificato del 16 aprile 2014 ha attestato: “(...) Ho visitato l’ultima volta il signor RI 1 in data 10.12.2013 per uno stato di agitazione e di sconforto psichico importante con numerose somatizzazioni viscerali gastroenteriche e disturbi del sonno. Ho consigliato e convinto il signor RI 1 di affrontare l’importante problematica psichica rivolgendosi ad uno psichiatra. Con il suo consenso ho indirizzato il paziente al collega psichiatra dr. _____. (...)” (doc. M). Dal canto suo il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel certificato del 15 aprile 2014 – posto che segue regolarmente il paziente su segnalazione del dr. _____ dall’11 febbraio 2014 a causa di una serie di disturbi nervosi – , ha attestato che “(...) il paziente in seguito a vari avvenimenti, recentemente, gli è stato comunicato la soppressione della rendita d’invalidità che aveva da anni e tutto ciò ha sviluppato una serie di disturbi e disagi psichici importanti tali da giustificare la sua inabilità lavorativa nella misura completa, a partire almeno dalla data del 11.02.2014 al continua. Per quel che riguarda la sua diagnosi psichiatrica si tratta di una reazione mista ansioso-depressiva nell’ambito di una sindrome da disadattamento (ICD 10 F 43.2) . Come già accennato, tale evento ha scatenato una reazione acuta da stress e un cambiamento significativo del suo modo di vivere, spesso accompagnato dalle circostanze spiacevoli prolungate, umore depressivo, stati d’ansia e una serie di disturbi neurovegetativi che gli impediscono una sua eventuale ripresa dell’abilità lavorativa che fra l’altro è peggiorata anche a causa dei suoi importanti disturbi organici persistenti già da tempo. (...)” (doc. N). Dal tenore dei succitati certificati medici – a prescindere dal fatto che in merito a quello del dr. _____ i medici SMR dr. _____ e dr.ssa _____, nell’annotazione del 5 maggio 2014, hanno concluso che “(...) l’attuale certificazione riporta una diagnosi di stato reattivo a problematiche psicosociali. In passato non viene riportato nessuna problematica psichiatrica. La certificazione attuale non giustifica accertamenti psichiatrici, viene comunque messa in evidenza la connessione con fattori extra AI (...)” (XI/1) – , applicando il criterio della probabilità preponderante utilizzato abitualmente per l’apprrezzamento delle prove nel settore delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; 8C_999/2010 del 15 marzo 2011 consid. 3.3; 8C_911/2010 del 10 marzo 2011 consid. 3.2;

DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360; 125 V 193 consid. 2 pag. 195), questo Tribunale deve concludere che in ogni caso l'asserito peggioramento è reattivo alla decisione impugnata e quindi posteriore alla stessa. In questo senso lo stesso insorgente, ritenuto il certificato del 15 aprile 2014 del dr. _____, afferma che la problematica psichica si è manifestata immediatamente dopo la decisione dell'Ufficio AI ("(...) la sindrome psichiatrica di cui soffre il mio cliente [...] è da riportare all'infausta decisione dell'UAI [...] Ne consegue che bisogna considerare un tutt'uno nel quadro della problematica invalidante; e questo sia per gli effetti clinici evidenti, ma anche sotto il profilo temporale, essendosi manifestata, la problematica psichica conseguente, immediatamente; in ogni caso molto prima che la decisione UAI acquisisse valore di res giudicata. (...))" (XIII pag. 2)). Di conseguenza, prima della decisione impugnata, che delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), non vi sono motivi per discostarsi dalla perizia del 19 gennaio con complemento dell'8 settembre 2013 del dr. _____. Il citato peggioramento verrà pertanto esaminato dall'Ufficio AI, al quale sono inviati gli atti di causa, nell'ambito di una nuova domanda di rendita. In conclusione, ricordato che contestualmente alla decisione del 6 gennaio 2012 con cui ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera l'Ufficio AI aveva già ritenuto necessario procedere a breve ad una revisione (cfr. consid. 2.6), rispecchiando la perizia del 19 gennaio con complemento dell'8 settembre 2013 del dr. _____ (doc. AI 50/1-10 e 81/1-2) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e non essendo provato un peggioramento dopo il mese di gennaio 2013 e prima dell'11 novembre 2013, a ragione l'Ufficio AI ha confermato un'incapacità lavorativa totale nella sua attività abituale di operaio manutenzione strade dall'agosto 2010 e, dal 14 gennaio 2013 (data della visita del dr. _____), una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. 2.10. L'assicurato, contrariamente a quanto valutato dall'Ufficio AI, ritiene di non poter essere reintegrato nel mercato libero e, in particolare – vista la valutazione del 9 dicembre 2013 (doc. L) nella quale la signora _____, formatrice di adulti (cfr. doc. I), ha concluso che "(...) il livello delle conoscenze non permette l'uso sistematico di un personal computer. (...))" (doc. L) – sostiene che non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al corso d'informatica base individuale (cfr. doc. 56/1-2) svolto presso la _____ ("(...) come si possa ragionevolmente ritenere che ad una persona, che si diparte da sotto zero in fatto di conoscenze tecnologiche in genere, dopo non aver palpato calamo da immemore pezza e di età non propriamente adeguata, possano bastare "10 ore" di corso (recte: 10 unità didattiche) per acquisire quelle "conoscenze da poter spendere nel mercato libero del lavoro" (grassetto nostro), pur se "in attività adeguata", proprio non è dato a capire, se non facendo riferimento ad accezioni miracolistiche. (...))" (I pag. 13)). Al proposito occorre innanzitutto ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le

possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Va altresì sottolineato che il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5, 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3; vedi anche Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). 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'interesato 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). Nel caso in esame il consulente in integrazione, nella valutazione del 14 gennaio 2014 (IV/bis) – ritenute le limitazioni funzionali indicate dal dr. _____, nelle annotazioni del 24 gennaio, 23 settembre e 18 novembre 2013 (doc. AI 51/1-5, 84/1 e 88/1), sulla base della perizia del 19 gennaio con complemento dell'8 settembre 2013 del dr. _____, – ha concluso che “(...) • Le attività che può svolgere l'assicurato, senza l'applicazione di ulteriori provvedimenti professionali e in mancanza di un diploma federale nel mondo del lavoro, sono da considerare semplici e ripetitive; • A livello medico si stabilisce che l'assicurato è destrimane e proprio tale braccio è scarsamente impiegabile a causa della malattia. Questo significa dover trovare delle attività che siano esigibili limitatamente alla situazione di salute dell'assicurato. Ora, vale la pena richiamare che il mondo del lavoro, soprattutto nel settore terziario è sufficientemente ampio per considerare una possibilità di reintegrazione dell'assicurato. Nel caso concreto per l'assicurato entrano in linea di conto attività semplici, ripetitive, nel settore dell'accoglienza e ricezione (ad esempio call center o desk in un albergo), nella vendita (laddove non ci sia l'obbligo di impiegare i due arti superiori contemporaneamente, per esempio addetto alla vendita di carburanti e altri prodotti in stazioni combinate del tipo servisol, con compiti essenzialmente d'incasso) oppure come operaio generico nella mansioni per esempio di assemblaggio di componentistica leggera, controllo qualità, rifinitura, etichettatura (per esempio nel campo orologiero). Per rafforzare

le capacità lavorative dell'assicurato in merito all'utilizzo di apparecchiatura informatiche (nozioni basi di Windows e pacchetto office) apprese durante la misura erogata e probabilmente affievolitesi a causa della mancanza di utilizzo costante, occorre ribadire che l'A. su richiesta può beneficiare ulteriormente delle misure messe a disposizione dal nostro Ufficio tramite l'aiuto al collocamento. (...)” (IV/bis). Alla luce della suenunciata giurisprudenza questo Tribunale non ha, nel caso concreto, motivo per mettere in dubbio le conclusioni del consulente. In particolare l'insorgente non può essere seguito laddove – vedi in questo senso anche il punto 8 delle osservazioni del 14 agosto 2014 (doc. F) – pretende che nel suo caso non vi sia più alcuna attività lavorativa possibile adducendo che “(...) persino lo Stato, ossia il maggior datore di lavoro del Cantone, con le possibilità più variegata in fatto di tipologie di occupazione, ha escluso possibilità concrete. (...)” (VI pag. 5). Non è certo possibile concludere in questo senso per il solo fatto che la dr.ssa _____, ritenuta l'impossibilità di svolgere la sua attività quale operaio presso il Centro manutenzione strade, abbia concluso che “(...) un'attività lavorativa alternativa – fisicamente molto leggera – all'interno dell'Amministrazione cantonale purtroppo, per il momento, non appare reperibile. (...)” (doc. AI 26/1). Infatti, già per la specificazione che “(...) per il momento (...)” non è reperibile, vi è da ritenere che una tale attività esista. È inoltre da ritenere che l'assicurato, tenuto conto anche dell'obbligo di diminuire il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b e 400 consid. 4b con i riferimenti ivi citati), possa ragionevolmente sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive che non richiedono una preparazione professionale specifica, ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Ad esempio va menzionato il settore dell'industria, in cui possono essere eseguite attività di controllo e di sorveglianza, fisicamente assai leggere, oppure quello dei servizi dove vi sono mansioni che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che non comportano aggravii fisici e possono essere svolte prevalentemente in posizione seduta (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. Va qui inoltre ricordato che l'Alta Corte ha ritenuto completamente abile in attività leggere, da svolgere all'altezza del banco impicanti unicamente la manipolazione di oggetti leggeri, un assicurato, di professione muratore, che soffriva di una sindrome da attrito sottoacromiale ad entrambe le spalle, persistente malgrado le operazioni eseguite nel frattempo (riparazione cuffia dei rotatori, acromioplastica a livello della due spalle; STFA I 356/04 del 12 maggio 2005, consid. 2.2 e 3.1). Con STFA I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). Per quel che concerne l'età, nel gennaio 2013 – momento determinante ai sensi della DTF 138 V 457 – , allorquando è stato ritenuto abile al 100% in un'attività adeguata, l'insorgente aveva quasi 51 anni. Egli non aveva ancora raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera generalmente che non esistono possibilità per valorizzare la capacità lavorativa residua in un mercato del

lavoro ritenuto equilibrato (STF 9C_578/2009 del 29 dicembre 2009, consid. 4.3.2 e riferimenti). Quanto poi all'assenza di una formazione professionale, il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un'attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (vedi, tra le altre, le STCA 32.2013.117 del 4 febbraio 2014, consid. 2.9 e riferimenti). In concreto quindi, alla luce della giurisprudenza sopra riportata, questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie sul mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che interessano il suo arto superiore destro, sarebbe in grado di esercitare a tempo pieno e con un rendimento completo. 2.11. Quanto alla valutazione economica il TCA rileva quanto segue. Nel 2014 (anno in cui viene soppressa la rendita) – partendo da un reddito annuo per il 2011 di fr. 64'182.-- (vedi il punto 2.10 del questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 18/1-8 e la tabella elaborata il 29 gennaio 2013 sub doc. AI 62/1) e aggiornati al 2014 (aumentati dello 0.7% per il 2012 [cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali settore 10-33 industria manifatturiera in La Vie économique 1/2-2014 pag. 95] + 0.7% per il 2013 e 0.8 per il 2014 [stima trimestrale dell'Ufficio federale di statistica]) – si ottiene un reddito da valido di fr. 65'604.36. Nel 2014, 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. 63'359.81 (fr. 4'901.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2010] aggiornati al 2012 e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2014, 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] e aumentati dello 0.7% per il 2013 e dello 0.8 per il 2014; stima trimestrale dell'ufficio federale di statistica). Stante una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata e applicando la riduzione del 10% riconosciuta dal consulente in integrazione (“(...) visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 10% per attività leggere e del/lo 0% per altri fattori di riduzione. (...)” (doc. AI 62/3)), il reddito da invalido ammonta a fr. 57'023.82 (fr. 63'359.81 ridotti del 10% = fr. 57'023.82). Ritenuti un reddito da valido di fr. 65'604.36 e da invalido di fr. 57'023.82, si ottiene un grado d'invalidità del 13% $([65'604.36 - 57'023.82] \times 100 : 65'604.36 = 13.07\%$ arrotondato al 13% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3). 2.12. In simili circostanze, visto tutto quanto precede – in particolare, la perizia reumatologica del 19 gennaio con complemento dell'8 settembre 2013 nella quale il dr. _____, ritenuto stabilizzato lo stato di salute, ha attestato una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal gennaio 2013 (cfr. consid. 2.7 e 2.9) – , il ricorso va dunque respinto e la decisione impugnata confermata. 2.13. 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.

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