

TI_GERICHTE 32.2013.75 vom 28. Januar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-01-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.75

FR: TI_GERICHTE 32.2013.75 du 28 janvier 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2013.75 del 28 gennaio 2014

Regeste

Viste le risultanze della perizia SAM, a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (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). 2.6. Nel caso in esame ricevuta la domanda di prestazioni – vista la documentazione agli atti e ritenuta la valutazione del 22 giugno 2012 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 45/1) – l'amministrazione ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 46/1-2 e 49/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare del 19 ottobre 2012 (doc. AI 60/1-115) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 6.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Diagnosi reumatologica Gonartrosi mediale a ds. (lesione condrale focale grado IV nella circonferenza inferiore del condilo femorale mediale con piccola osteonecrosi sub condrale sottostante), in: - esiti da microfratturazione del condilo femorale mediale, il 22.9.2011; - esiti dal meniscectomia mediale parziale, il 22.9.2011. Esiti da revisione del tendine rotuleo con rimozione di sequestro osseo per morbo di Osgood-Schlatter, il 21.12.2010. Esiti da scarificazione del tendine rotuleo il 22.9.2011. Tendenza a ipermobilità articolare. Obesità (peso 90 kg / statura 173,5 cm). Sindrome femoropatellare a sinistra in: - tendenza all'ipermobilità articolare; - obesità (peso 90 kg / statura 173,5 cm). Sindrome lombospondilogeno subacuta intermittente a destra in: - disturbi statici del rachide (tendenzialmente piatto con scoliosi sinistroconvessa dorsale, protrazione del capo); - tendenza ad ipermobilità articolare; - decondizionamento muscolare; - obesità (peso

90 kg / statura 173,5 cm). Diagnosi psichiatrica Nessuna 6.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Nessuna. (...)" (doc. AI 60/52) Considerati tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, il SAM ha concluso: " (...) 8

CAPACITÀ LAVORATIVA

DISCUSSA E CONCORDATA TRA TUTTI I PERITI 8.1 Capacità lavorativa nell'attività abituale Nella sua ultima attività principale di pittore, restauratore e imbianchino durante la quale stava raramente seduto, sovente doveva camminare e stare in piedi con necessità di sollevare o portare pesi leggeri o medi, raramente anche carichi pesanti, l'A. va ritenuto abile al lavoro nella misura dello 0% dal 21.12.2010 fino al 27.8.2012 e abile al lavoro nella misura dell'80% a decorrere dal 28.8.2012, da intendersi come lavoro svolto sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento ridotto del 20%. 8.2 Evoluzione della capacità lavorativa e prognosi Come sopra descritto, dall'intervento del 21.12.2010 l'A. va ritenuto totalmente incapace al lavoro fino al 27.8.2012 nelle attività svolte ed in qualsiasi altra attività lavorativa adatta. La prognosi è da considerare stazionaria, in quanto difficilmente le cure considerate saranno in grado di modificare la capacità funzionale e di carico residua in questo A. 8.3 Capacità lavorativa nell'attività di casalingo Come casalingo l'A. deve essere ritenuto abile al lavoro nella misura di almeno l'80%. 9 CAPACITÀ DI INTEGRAZIONE Riteniamo utili provvedimenti d'integrazione professionale. 9.1 Capacità lavorativa in attività adatta In un'attività lavorativa leggera e adatta, che rispetti le limitazioni poste dal nostro consulente reumatologo, l'A. deve essere considerato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100% a partire dal 28.8.2012 in avanti. In precedenza l'A. va ritenuto totalmente inabile al lavoro anche in un'attività lavorativa adatta dal 21.12.2010 al 27.8.2012. 9.2 Evoluzione della capacità lavorativa e prognosi In un'attività lavorativa leggera e adatta, l'A. è in grado di svolgere a pieno la sua capacità lavorativa residua, con una prognosi che è da considerare stazionaria nel tempo. Per quanto concerne l'evoluzione della capacità lavorativa, a partire dal 21.12.2010 fino al 27.8.2012 l'A. deve essere ritenuto totalmente incapace al lavoro anche in un'attività lavorativa leggera e adatta, mentre dal 28.8.2012 la capacità lavorativa in una tale attività leggera e adatta è da ritenere completa. 10 DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 60/58-59) L'Ufficio AI – considerata la valutazione 14 novembre 2012 del consulente in integrazione (doc. AI 64/1-3) e ritenute le risultanze peritali, il rapporto finale 2 novembre 2012 (doc. AI 61/1-3) e l'annotazione 8 gennaio 2013 con la quale il medico SMR dr. _____ (vista la documentazione medica prodotta in sede di audizione) ha concluso che "(...) la risonanza magnetica eseguita dopo la perizia del SAM del 19 ottobre 2012 evidenzia un referto sovrapponibile a quello del 2 aprile 2012 (_____, _____), citato dal Dr. _____ nel suo consulto peritale. Nessun cenno all'oggettività clinica. In conclusione, non vi sono nuovi elementi da prendere in considerazione, si conferma la precedente proposta. (...)" (doc. AI 69/1) – con decisione 1. marzo 2013 ha quindi riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera dal 1. dicembre 2011 al 30 novembre 2012. 2.7. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGa (considerando 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (considerando 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; considerando dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell' autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; considerando 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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. 2 bis 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 considerando 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010 , considerando 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di

perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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). 2.8. Ritornando al caso in esame, questo TCA, per le ragioni di seguito esposte e richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, non ha alcun motivo per mettere in dubbio la validità della perizia del SAM con la precisazione che – a differenza di quanto indicato erroneamente al punto 8.1 sia alla pagina 58 della perizia che alla “errata corrige” della stessa pagina; cfr. doc. AI 56/58 e 60/58 – nella sua ultima attività di pittore la capacità lavorativa è dello 0% dal 21 dicembre 2010 al 27 agosto 2012 e in seguito del 20% da intendersi come diminuzione del rendimento dell'80% sull'arco di tutta la giornata. In questo senso il dr. _____, FMH in reumatologia, nel consulto del 27 agosto 2012 (doc. AI 60/62-72) ha concluso che “(...) nella sua ultima attività principale come pittore/restauratore, imbianchino durante la quale stava raramente seduto, sovente doveva camminare, stare in piedi con necessità di sollevare o portare pesi leggeri (da 0 a 10 kg) o medi (da 10 a 25 kg), raramente anche carichi pesanti (superiori ai 25 kg), giudico l'assicurato inabile al lavoro al 100% dal 21.12.2010, fino al 27.8.2012 e nella misura dell'80% a decorrere dal 28.8.2012, da intendersi come lavoro svolto sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 – 9 ore, con una diminuzione del rendimento dell'80%. (...)” (doc. AI 60/72). Valutazione, questa, ripresa dai periti del SAM in sede di “discussione di consenso” (cfr. doc. AI 60/53-57, in particolare 60/57 in fine) e

dal dr. _____ nell'annotazione del 20 aprile 2013 (cfr. VII/bis parzialmente riprodotto al consid. 1.4). Il dr. _____, FMH in reumatologia, nel rapporto del 18 gennaio 2012 indirizzato alla Cassa malati (doc. 12/1-8 dell'incarto cassa malati) – descrive la revisione del tendine rotuleo associato alla rimozione di un sequestro osseo per un morbo di Osgood Schlatter (intervento del 21 dicembre 2010, all'origine dell'incapacità lavorativa certificata del 100%, con complicazioni pre e post operatorie), i pareri degli altri specialisti ortopedici intervenuti, la revisione chirurgica a cura del dr. _____ (operazione del 22 settembre 2011), la RM del 24 novembre 2011 e le valutazioni dell'ortopedico dr. _____ – , aveva concluso che “(...) le condizioni attuali del paziente non sono ancora quelle definitive. L'incapacità lavorativa certificata del 100% risulta ulteriormente giustificata e riguarda sia l'attività lucrativa svolta di pittore e qualsiasi altro lavoro detto confacente. Consiglio all'Assicurazione _____ di aggiornarsi sull'evoluzione presso gli ortopedici curanti Prof. _____ e _____ (che vedrà il paziente nuovamente il 16.2.2012). Resto a disposizione per riesaminare il paziente una volta conclusesi le cure con allora una valutazione anche della esigibilità. (...)” (doc. 12/8 dell'incarto cassa malati). Lo stesso specialista, con lettera del 29 maggio 2012 indirizzata al medico fiduciario della cassa malati, circa la chiesta rivalutazione, si era così espresso: “(...) dagli atti recenti risulta uno stato clinico poco chiaro che non avrebbe permesso ai medici curanti di stabilire la vera causa dei disturbi accusati, apparentemente tuttora invalidanti per lo meno sul piano soggettivo. Mi sembra di capire tra le righe che nel suo ultimo controllo del 12.04.2012 l'ortopedico Dr. _____ ritenne poco oggettivabile quanto asserito dal paziente. Forse anche per non dover prendere ulteriormente posizione in merito alla futura capacità lavorativa lo specialista chiede esplicitamente all'_____ di organizzare una valutazione in un Centro Specialistico eventualmente nella Svizzera Francese oppure nella Svizzera Tedesca. Alla luce della situazione agli atti (comprendente anche un consulto reumatologico da parte del Dr. _____, anch'esso senza conclusioni diagnostiche precise) non penso che la mia visita porterà ad elementi nuovi finora non considerati. [...] L'ipotesi di una componente somatoforme (o di un aggravamento) come lo lascia intendere il Dr. _____ è ovviamente possibile. Dall'altra parte non c'è dubbio di un rimanente danno intraarticolare nel ginocchio operato a due riprese con una RM recente che ha confermato una condropatia del IV grado nel compartimento femoro-tibiale mediale. (...)” (doc. 18/1-2 dell'incarto cassa malati). Sulla base delle suddette risultanze mediche – appurato che la Cassa malati aveva rinunciato alla rivalutazione a cura del dr. _____ (cfr. doc. AI 44/1) e ritenuto che l'oggettività clinica e la diagnostica per immagine non spiegano l'entità dei disturbi persistenti – il dr. _____, nell'annotazione del 22 giugno 2012 (doc. AI 45/1), ha proposto l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (reumatologica e psichiatrica) volta a definire i limiti funzionali e quantificare la capacità lavorativa. Come accennato (cfr. consid. 2.6) – elencati i numerosi atti medici agli atti e quelli richiesti, descritta l'anamnesi, esposte le constatazioni obiettive e i consulti specialistici effettuati – i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, hanno concluso per un'incapacità totale al lavoro in qualsiasi attività dal 21 dicembre 2010 al 27 agosto 2012 (data della visita di cui al consulto dello stesso giorno del dr. _____; doc. AI 60/62-72) e per una capacità al lavoro, dal 28 agosto 2012, del 20% nell'attività abituale (flessione del rendimento dell'80%) e del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. La dettagliata ed approfondita valutazione del SAM non è stata validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. Tali non possono certo essere né il

certificato medico 30 novembre 2012 nel quale il dr. _____, FMH in medicina interna generale – oltretutto senza confrontarsi con la perizia del SAM e senza esprimersi sulla capacità lavorativa in un'attività adeguata –, si è limitato a certificare che “(...) il signor RI 1 resta inabile al lavoro al 100% in qualità di pittore decoratore imbianchino, professione per la quale è assunto e per la quale riceve l'80% del salario assicurato da parte dell'assicurazione perdita di guadagno di salario sino al 30.11.12. (...)” (doc. AI 67/3), né il referto della risonanza magnetica ginocchio dx del 12.11.2012, nel quale il dr. _____, capo clinica di radiologia dell'Ospedale Regionale di _____ – rilevato, in particolare, che “(...) esame confrontato con precedente controllo del 02.04.2012 [ndr: atto questo considerato dai periti del SAM] rispetto al quale non si rilevano sostanziali modificazioni. (...)” (doc. 67/4) –, non si è espresso sulla capacità lavorativa. Al riguardo anche il dr. _____, nell'annotazione 8 gennaio 2013, ha concluso che “(...) la risonanza magnetica eseguita dopo la perizia del SAM del 19 ottobre 2012 evidenzia un referto sovrapponibile a quello del 2 aprile 2012 (_____), citato dal Dr. _____ nel suo consulto peritale. Nessun accenno all'oggettività clinica. (...)” (doc. AI 69/1). Va qui inoltre rilevato che l'incapacità lavorativa riconosciuta dall'assicurazione per la perdita di guadagno non vincola l'assicurazione invalidità; nella STF 9C_882/2009 e 9C_887/2009 del 1. aprile 2010 l'Alta Corte ha infatti osservato che “(...) eine von einem privaten Kollektiv-Taggeldversicherung angenommene Arbeitsunfähigkeit keine bindende Wirkung für die Invalidenversicherung haben kann, die das Mass der Arbeitsunfähigkeit durch Gutachter abklären liess. (...)” (STF succitata del 1. aprile 2010 consid. 3). Nemmeno è possibile concludere diversamente avuto riguardo alla nuova documentazione medica prodotta in sede di procedura ricorsuale e non considerata dai periti del SAM. Al riguardo il dr. _____ – visti i rapporti 6 novembre 2012 del dr. _____ e 8 novembre 2012 della degenza dal 2 al 20 ottobre 2012 presso la Clinica di riabilitazione di _____, i certificati 27 e 30 novembre 2012 del dr. _____ rispettivamente del dr. _____ e la RM del ginocchio destro del 12.11.2012 (doc. A/1-5) –, nell'annotazione 20 aprile 2013, ha osservato che “(...) da questa documentazione risulta espressamente una situazione clinica e soggettiva invariata. L'evidenza di una situazione invariata permette di non dover sottoporre l'attuale documentazione ai periti SAM. [...] Essendo la problematica invalidante limitata al ginocchio senza dolori in posizione seduta, un'attività sedentaria può essere svolta senza particolari impedimenti come giustamente ritenuto dal SAM. (...)” (VII/bis). Invitato espressamente a prendere posizione sull'annotazione 20 aprile 2013 del dr. _____ (VIII), l'insorgente, dopo la chiesta proroga del termine (IX e X), si è limitato a sostenere che “(...) in effetti, [...] nonostante la giovane età, è seriamente debilitato non solo nella sua attività lavorativa, ma [...] non riesce a prendere in braccio il figlioletto, né a trasportare delle borse della spesa. (...)” (XI) ed a produrre il certificato del 22 maggio 2013 nel quale il dr. _____ non si è confrontato con il dr. _____ riferendo in modo del tutto generico che il signor RI 1 “(...) mi ha dichiarato di avere un dolore persistente al ginocchio destro, da qualche tempo dolori meccanici ricorrenti all'anca destra (...)” e che (considerato che i diversi specialisti intervenuti non hanno formulato proposte concrete) si è “(...) limitato a prescrivere degli analgesici di tipo “centrale” ovvero Tramadol retard. (...)” (doc. C). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti).

Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti) . In simili circostanze, stante quanto precede, questo Tribunale deve dunque confermare un'inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività dal 21 dicembre 2010 al 27 agosto 2012 e, dal 28 agosto 2012, una capacità al lavoro del 20% nell'attività abituale e del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. 2.9. Quanto alla reintegrabilità sul mercato del lavoro il consulente in integrazione, nella valutazione del 14 novembre 2012 (doc. AI 64/1-3), ritenuta una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata, ha concluso che "(...) nel caso specifico, non si intravedono attività esigibili adeguate oltre a quelle di tipo semplice e ripetitivo indicate nella categoria 4.2 che possano permettere all'A. di ridurre il grado d'inabilità (...)" (doc. AI 63/3). L'insorgente non ha messo in dubbio questa valutazione evidenziando che "(...) nel suo stato di salute e con l'inabilità lavorativa riconosciuta dall'Ufficio AI [ndr. si riferisce all'inabilità dell'80% nella sua attività abituale; cfr. VII e VII/bis] evidentemente egli potrebbe svolgere attività solo da posizione seduta, ciò che con il suo diploma è poco realizzabile, considerando inoltre la difficile congiuntura. (...)" (XI). La questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008, consid. 3; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). 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'intere-ressato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Ritenuta la suenunciata giurisprudenza questo Tribunale non ha, nel caso concreto, motivo per mettere in dubbio le suenunciate conclusioni del consulente che non sono, del resto, nemmeno state puntualmente contestate. 2.10. Quanto alla valutazione economica – in quanto tale rimasta incontestata – questo Tribunale si limita ad osservare quanto segue. Nel 2012, partendo dal reddito di fr. 55'003.-- per il 2010 (doc. AI 11/1-3) – calcolato in base alle indicazioni del datore di lavoro avuto riguardo ad un salario mensile di fr. 4'231.-- per tredici mensilità) – , il reddito da valido ammonta a fr. 55'997.45 (55'003.-- aggiornati al 2012 aumentandoli del 1% per il 2011 e del 0.8% per il 2012; cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali totali, pubblicata il La Vie économique 10-2013 pag. 91). Nel 2012, 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. 62'420.02 (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, 10-2013, pag. 90-91] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Ritenuta una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata (cfr. consid. 2.8) e applicata una riduzione del 10% – nella nota 5 novembre 2012 il consulente in integrazione ha stabilito che "(...) visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 5% per attività leggere e del/lo 5% per altri fattori di riduzione. (...)” (doc. AI 62/3) – il reddito da invalido si attesta a fr. 56'178.01 (62'420.02 x ridotti del 10%). Ritenuti un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 1. dicembre 2010 e un grado d'invalidità nullo a contare dal 28 agosto 2012 è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. dicembre 2012 (dopo l'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) fino al 30 novembre 2012 (cfr. art. 88a cpv. 1 OAI). 2.11. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi dell'art. 17 LAI è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b, cfr. anche STCA del 31 ottobre 2011 [32.2011.96]). Inoltre con STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) Senonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...)” (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6) Ne segue che a giusta ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a provvedimenti professionali visto che anche nella presente fattispecie l'insorgente gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale. Inoltre, anche il consulente in integrazione ha evidenziato che "(...) come risulta dal calcolo della capacità di guadagno residua presente nell'incarto, l'Assicurato presenta un grado d'invalidità dello 0%. Nessun diritto a rendita. Con questo presupposto non vi sono neppure le condizioni di diritto per riconoscere dei provvedimenti professionali secondo l'art. 17 LAI. Procediamo alla chiusura del mandato e restiamo a disposizione per eventuali domande supplementari. Vi saremmo grati se potreste aprire un mandato di aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 64/3). 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del

ricorrente. 2.13. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, le valutazioni medico-teorica del SAM e quella del consulente in integrazione hanno permesso di accertare con la dovuta chiarezza il grado d'invalidità e l'insorgente, anche se patrocinato da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tali valutazioni. Come visto sopra, l'insorgente in corso di procedura ricorsuale (anche se invitato espressamente a farlo) non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a contestare le valutazioni dei periti del SAM e dei medici SMR e questo nonostante non gli poteva sfuggire la necessità di documentare debitamente le allegazioni secondo le quali la valutazione medica (si trattava delle risultanze di una valutazione pluridisciplinare del SAM confermata dai medici SMR) non fosse valida e/o le ragioni che rendessero verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 1. marzo 2013. In simili condizioni, non essendo realizzato uno dei presupposti (cumulativi) l'istanza tendente all'esonero delle spese e tasse di giustizia e all'ammissione del gratuito patrocinio è respinta.

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