

TI_GERICHTE 32.2014.153 vom 25. September 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-09-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.153

FR: TI_GERICHTE 32.2014.153 du 25 septembre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.153 del 25 settembre 2014

Regeste

Richiesta di prestazioni rifiutata in assenza di un grado di invalidità sufficiente. Rifiuto confermato dal TCA

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . 2.4. Nel caso in esame, ricevuta la domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha dapprima richiamato gli atti dell'assicurazione disoccupazione, infortuni e malattia, e quindi interpellato i medici curanti. In particolare la dr.ssa _____, generalista, nel rapporto del 13 gennaio 2014, ha attestato un'inabilità lavorativa totale a causa dei dolori lamentati in zona lombare e alle ginocchia, ritenendo necessaria una valutazione da parte degli ortopedici (doc. AI 13). Sentito il SMR, nel marzo 2014 l'Ufficio AI ha ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____, specialista in reumatologia, il quale nel referto del 17 giugno 2014 (doc. AI 26) ha posto le diagnosi seguenti: " (...) Sindrome cervicospondilogenica cronica prevalentemente a destra in - Note alterazioni degenerative pluriseptali cervicali - Disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale con scoliosi sinistroconvessa) Sindrom e lombovertebrale cronica con componente spondilogenica intermittente a destra in Noto canale spinale lombare ristretto di origine mista congenita-degenerativa con rilevanti discopatie L2-L4 - Disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale con scoliosi sinistroconvessa) - Decondizionamento e sbilancio muscolare Obesità (peso 137,2 kg! statura 183 cm) Gonartrosi tricompartimentale in varo a destra - Esiti da

meniscectomia laterale parziale, sinovectomia parziale, toilette articolare, in artroscopia, il 16.5.2012 - Obesità. (peso 137,2 kg / statura 183 cm) Probabile gonartrosi a sinistra “ (Doc. AI 26-8) In merito alla capacità lavorativa ha concluso: " B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico descritti nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 — 9 ore, con un rendimento massimo del 100 %, a partire dal 16.5.2011, momento in cui l'assicurazione indennità giornaliera aveva sospeso le sue prestazioni. Da ultimo l'assicurato era attivo come montatore di riscaldamenti film al 2010 circa, attività che in gran parte non soddisfa i limiti funzionali e di carico menzionati nell'allegato, in quanto viene prevalentemente svolta in posizione eretta, spesso accovacciata e inginocchiata con necessità di sollevare carichi pesanti; per questo motivo, giudico l'assicurato, nell'ultima attività professionale espletata, come montatore di riscaldamenti, inabile al lavoro nella misura del 70 %, da intendersi come diminuzione del rendimento, sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, a partire dal 16.5.2011. Come casalingo, giudico l'assicurato, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 10 %, sempre a decorrere dal 16.5.2011, calo del rendimento che potrebbe venire a cadere, ring volta che l'assicurato sari stato messo a beneficio di una protesi totale al ginocchio destro. Non m'attendo tuttavia che dopo l'impianto di protesi totale al ginocchio destro, l'assicurato potrà riacquistare un rendimento maggiore nell'attività lavorativa abituale come montatore di riscaldamenti, sebbene un tale intervento permetterà all'assicurato di stare in piedi fermo e camminare più a lungo. Va notato che dopo l'intervento d'impianto di protesi totale al ginocchio destro, prima della ripresa di un'attività lavorativa leggera e adatta all'assicurato, vi sarà un periodo di inabilità lavorativa postoperatoria di 3 mesi.” (doc. AI 26-9) Con rapporto finale del 27 giugno 2014 il dr. _____ del SMR ha avallato la perizia reumatologica, evidenziando in particolare che a fronte di un'inabilità del 70% nell'attività abituale dal maggio 2011, in un'attività lavorativa leggera e adeguata, vale a dire rispettosa delle limitazioni funzionali segnalate dal perito (in particolare limite di carico massimo di 10 kg, impossibilità di maneggiare oggetti molto pesanti, necessità di alternare la postura, ridotta capacità di eseguire lavori a braccia elevate, con rotazione o in posizione inginocchiata o accovacciata, di percorrere tragitti lunghi e di mantenere la posizione eretta, impossibilità di salire e scendere le scale a pioli), la capacità lavorativa era da ritenere, sempre dal maggio 2011, integra (doc. AI 27). Sulla base di questi atti medici e dopo aver eseguito il confronto dei redditi, l'amministrazione ha concluso, mediante il progetto del 29 luglio 2014 dapprima e la decisione del 25 settembre 2014 dopo, che a fronte di un'incapacità lavorativa nulla in attività leggere adeguate ne discendeva un grado di invalidità del 13% insufficiente per la concessione di prestazioni AI (doc. AI 29, 36). Di fronte al TCA l'assicurato ha prodotto un certificato del 18 novembre 2014 del dr. _____, chirurgo ortopedico, il quale si è espresso come segue: " (...) In data odierna ho avuto modo di visitare il sunnominato paziente che conosco dal 2002 quando gli avevo fatto un'AS con toilette articolare del ginocchio dx. Ora viene anche per il ginocchio sx. Clinicamente trovo ambedue le ginocchia in posizione di varo. Importanti scrosci intraarticolari. Paziente obeso. La RX di ambedue le ginocchia mostra una grave gonartrosi tricompartmentale. Ho previsto un intervento di protesi totale dapprima al ginocchio dx che effettuerò alla fine di gennaio. “ (doc. A1) In proposito il medico SMR dr. _____, nelle Annotazioni del 10 dicembre 2014, ha osservato: " l'attuale rapporto del dr.

_____ mostra una situazione già nota (radiologicamente già artrosi severa a destra in 2.2014, sfregamento articolare già descritto nella perizia) con indicazione ad impianto di protesi alle ginocchia, dapprima a destra e probabilmente in seguito anche a sinistra. L'assicurato presenterà in seguito all'intervento una IL del 100% prolungata per tutte le attività specialmente se verrà operato bilateralmente. Fino alla decisione impugnata rimangono valide le conclusioni peritali del dr. _____ in assenza di una sostanziale modifica dello stato di salute fino al momento della decisione." (doc. XI/bis) Di conseguenza l'Ufficio AI ha concluso che tale rapporto non apportava alcun nuovo elemento che non fosse già stato valutato in precedenza, la questione inerente ad un eventuale peggioramento dello stato di salute (segnatamente del ginocchio sinistro) essendo semmai da valutare nell'ambito di una domanda di revisione (doc. XI). 2.5. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto 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). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, p. 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 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 p. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, p. 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_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.6. Nell'evenienza concreta, questo TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dall'amministrazione e in particolare dal perito dr. _____, il quale ha allestito una perizia che questo TCA non può non ritenere dettagliata, approfondita e convincente. Più precisamente, il dr. _____ ha rilevato che l'assicurato lamentava da anni dolori al rachide cervicale e lombare insorti dopo un trauma. Gi accertamenti radiologici effettuati in passato avevano evidenziato segni per discopatia C2/C3 e C3/C4 con reazione spondilosa, una spondilartrosi lombare tra L3 e S1 oltre che un canale spinale stretto su base congenita-degenerativa con discopatia con iniziali segni di osteocondrosi Modic II L2/L3, una discopatia L3/L4 con osteocondrosi Modic II con spondilartrosi, discopatia anche in L4/L5, spondilartrosi L3-S1. Descritti i dolori cervicali lamentati dall'assicurato (che tuttavia non assumeva farmaci analgesici quotidianamente e non seguiva un trattamento fisioterapico), ha segnalato che la colonna cervicale appariva minimamente limitata alle lateroflessioni e rotazioni globali passive bilaterali, senza dolori alla mobilizzazione o deficit cervicoradicolari né indizi a favore di una neuropatia compressiva ai nervi ulnari rispettivamente mediani. Quanto ai lamentati dolori centrali lombari, il perito ha rilevato che la colonna lombare appariva minimamente limitata all'estensione passiva, altrimenti libera ai movimenti attivi e passivi nelle altre direzioni, senza deficit lombo radicolari e il corsetto muscolare lomboaddominale decondizionato, in un assicurato in sovrappeso corporeo di circa 50 kg (peso 137,2 kg / statura circa 183 cm). Non erano d'altra parte segnalati dolori o problemi agli arti superiori. Per quanto riferito alle anche e al ginocchio destro, che erano stati oggetto di indagini nel 2009, il perito ha ricordato che nel maggio 2012 l'assicurato era stato sottoposto ad artroscopia, con meniscectomia laterale parziale, lisciaggio cartilagineo, sinoviectomia parziale, in presenza di una grave gonartrosi tricompartmentale a destra. Rilevati i dolori lamentati dall'assicurato agli arti inferiori, sia inguinali che circolari alle ginocchia e alle cosce e nel polpaccio, clinicamente ha rilevato una deambulazione senza zoppia, mobilità passiva delle anche libera, ginocchia con lieve deficit estensorio dalle due parti, con varismo del ginocchio destro, in articolazioni stabili, sfregamento femoropatellare bilaterale, evocante un danno cartilagineo, escursione passiva del ginocchio destro diminuita. Tutto ben valutato quindi il perito ha posto le diagnosi di “sindrome cervicospondilogenica cronica prevalentemente a destra in note alterazioni degenerative plurisegmentali cervicali, disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale con scoliosi sinistroconvessa), sindrome lombovertebrale cronica con componente spondilogenica intermittente a destra in noto canale spinale lombare ristretto di origine mista congenita-degenerativa con rilevanti discopatie L2-L4, disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale con scoliosi

sinistroconvessa), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso 137,2 kg / statura 183 cm), gonartrosi iricompartimentale in varo a destra, esiti da meniscectomia laterale parziale, sinovectomia parziale, toilette articolare, in artroscopia, il 16.5.2012, obesità (peso 137,2 kg / statura 183 cm), probabile gonartrosi a sinistra”. Il perito ha sottolineato che era in primo luogo auspicabile un calo ponderale, al fine di ridurre il carico sulle articolazioni delle estremità inferiori rispettivamente sul passaggio lombosacrale dolorante, e, quindi, avviarsi verso un ricondizionamento del corsetto muscolare lomboaddominale rispettivamente della muscolatura agli arti inferiori. Quanto alle ginocchia, lo specialista ha rilevato che era previsto un consulto chirurgico ortopedico per valutare l'indicazione all' impianto di una protesi al ginocchio destro, grazie alla quale l'assicurato potrebbe beneficiare di una riduzione della sintomatologia algica (doc. AI 26-7) . Alla luce di questo consulto, da considerare approfondito e ben motivato, il perito reumatologo ha giudicato l'assicurato abile in misura piena in un'attività che tenga pienamente conto dei limiti funzionali e di carico descritti nell'allegato, con un rendimento massimo del 100 %, a partire dal 16 maggio 2011, momento in cui l'assicurazione indennità giornaliera aveva sospeso le sue prestazioni. Per contro, la professione di montatore di riscaldamenti esercitata precedentemente non soddisfaceva i limiti funzionali e di carico menzionati, essendo prevalentemente svolta in posizione eretta, spesso accovacciata e inginocchiata con necessità di sollevare carichi pesanti. Di conseguenza in tale attività l'assicurato era da ritenersi inabile al lavoro nella misura del 70 %, da intendersi come diminuzione del rendimento, sempre a partire dal maggio 2011. Con riferimento al paventato intervento chirurgico di impianto di protesi totale al ginocchio destro, il perito ha osservato di non attendersi che l'assicurato possa riacquistare un rendimento maggiore nell'attività lavorativa abituale come montatore di riscaldamenti, sebbene un tale intervento permetterebbe all'assicurato di stare in piedi fermo e camminare più a lungo. Ha inoltre precisato che dopo l'intervento d'impianto di protesi totale al ginocchio destro, prima della ripresa di un'attività lavorativa leggera e adatta all'assicurato, vi sarà un periodo di inabilità lavorativa postoperatoria di tre mesi (doc. AI 26-7). Questa dettagliata ed approfondita valutazione peritale - fatta propria anche dal medico SMR, doc. AI 27 - non è stata validamente smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una convincente diversa valenza delle patologie diagnosticate o l'intervento di un peggioramento duraturo e rilevante, subentrato dopo la perizia del 17 giugno 2014 e entro la data rilevante della decisione contestata (la quale delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 75/05 del 23 giugno 2005; C 43/00 del 30 settembre 2002). In realtà, l'assicurato non contesta la perizia reumatologica, ma si limita a sostenere che la stessa non terrebbe conto dei problemi lamentati anche al ginocchio sinistro, senza tuttavia apportare il benché minimo elemento atto a mettere in dubbio la valutazione peritale, non avendo egli del resto prodotto, nel corso della procedura amministrativa o in questa sede, documentazione medica idonea a contraddire la succitata concludente valutazione specialistica peritale rispettivamente a sostenere e a comprovare un peggioramento delle sue condizioni rispetto alla stessa. In particolare, con riferimento al certificato del 18 novembre 2014, il dr. _____, chirurgo ortopedico, si limita ad evidenziare la presenza di du e ginocchia in posizione di varo e di una grave gonartrosi tricompartimentale in entrambe le ginocchia, prevedendo di eseguire alla fine di gennaio un intervento di protesi totale dapprima al ginocchio dx (doc. A1). Egli non pone quindi nuove diagnosi, non già evidenziate dal perito, il quale pure aveva segnalato come entrambe le ginocchia si presentassero “ con lieve deficit estensorio

dalle due parti, con varismo del ginocchio destro, in articolazioni stabili, con sfregamento femoropatellare bilaterale, evocante un danno cartilagineo ai compartimenti anteriori, dalle due parti, non soltanto a quello destro, l'escursione passiva del ginocchio destro è diminuita, rispetto al ginocchio sinistro, con escursione a 110-10-0°, a sinistra a 125-5-0°, con dolori a fine corsa alla mobilizzazione del ginocchio destro. “ (doc. AI 26-6). Anche nelle diagnosi, posta quella di “ gonartrosi iricompartimentale in varo a destra, esiti da meniscectomia laterale parziale, sinovectomia parziale, toilette articolare, in artroscopia” il perito aveva pure segnalato una “ probabile gonartrosi a sinistra ”. (doc. AI 26-7). Inoltre il dr.

_____ non si esprime sulla valutazione del dr. _____ (la quale era peraltro stata inviata alla curante dell'assicurato il 16 settembre 2014, doc. AI 35), né si pronuncia sulla capacità lavorativa del paziente. Con pertinenza quindi il medico SMR dr. _____ ha in proposito osservato che tale rapporto medico mostrava in sostanza una situazione già nota (radiologicamente già artrosi severa a destra nel febbraio 2014, sfregamento articolare già descritto nella perizia) con indicazione ad impianto di protesi alle ginocchia, dapprima a destra e probabilmente in seguito anche a sinistra, ritenuto come la conseguente inabilità lavorativa per presumibili tre mesi interverrebbe comunque successivamente alla decisione contestata (doc. XI/1). Ritenuto peraltro come la necessità di un intervento di impianto di protesi totale al ginocchio destro con conseguente periodo di inabilità postoperatoria di tre mesi fossero già stati indiziati dal dr. _____ (cfr. doc. AI 26-9 e sopra consid. 2.4), a ragione l'amministrazione ha osservato che tale rapporto non apportava alcun nuovo elemento che non fosse già stato valutato in precedenza. In conclusione, rispecchiando la perizia del dr. _____ tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5) e potendo quindi alla stessa essere fatto riferimento, non essendo d'altra parte provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa in maniera rilevante, intervenuto dopo la valutazione peritale del 17 giugno 2014 e prima della decisione contestata del 25 settembre 2014, a ragione l'Ufficio AI, sulla base anche del parere del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. le STFA 9C-9/2010 e I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.5), e richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572) - segnatamente anche con riferimento alla raccomandazione formulata dal dr.

_____ di correggere il sovrappeso corporeo - ha ritenuto che se dal maggio 2011 il ricorrente è da considerare inabile nella misura del 70% nella sua attività professionale di montatore di impianti sanitari, in un'attività leggera adeguata e rispettosa dei limiti funzionali segnalati dal reumatologo, sempre dal maggio 2011, egli deve essere considerato abile in misura completa. D'altra parte, va ricordato all'insorgente 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). Se ne deve concludere che il ricorrente non ha in sostanza prodotto alcun certificato medico atto a dimostrare che, sino al momento dell'emanazione dell'atto impugnato (il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; fr. DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b) , i disturbi di cui è affetto incidano sulla sua capacità lavorativa in

maniera superiore a quanto appurato dal perito. D'altra parte, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Ciò non toglie che, ritenuto come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data del provvedimento in lite, come con pertinenza ricordato dall'amministrazione (cfr. doc. XI), l'interessato ha sempre la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, comprovando una rilevante modifica della situazione valetudinaria.

2.7. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto peraltro incontestato), l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi per determinare il grado di invalidità (cfr. consid. 2.3). Così, per il reddito da valido l'amministrazione, fondandosi sui dati statistici, utilizzati cioè i dati salariali evinti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativi al settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.), ha preso in considerazione un importo di fr. 64'380.--, conseguibili nel 2012 in un'attività facente parte della categoria di riferimento per l'assicurato (categoria 43, lavori di costruzione specializzati, livello 4, attività semplici e ripetitive; doc. AI 28, 29). Tale dato - per altro non contestato - va confermato. In merito al calcolo del reddito ipotetico da invalido, conformemente alla giurisprudenza e come si evince dalla decisione contestata, l'amministrazione ha pure utilizzato i dati salariali evinti dalla tabella TA1 per un salario annuo lordo, aggiornato al 2012, di fr. 62'414.-- in un'attività semplice e ripetitiva che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4). L'amministrazione ha poi ridotto detto valore salariale riconoscendo una riduzione di reddito del 5% per la necessità di effettuare lavori leggeri e di ulteriori 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, quantificando un reddito da invalido di fr. 56'172.--. Dal raffronto tra il reddito da valido di fr. 64'380.-- ed il reddito da invalido di fr. 56'172.-- ne è risultato un tasso d'invalidità non pensionabile del 13% ($64'380 - 56'172 \times 100 : 64'380$). Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 100% in attività adeguate con una corrispondente perdita di guadagno del 13%, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque nuovamente fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato (DTF 130 V 140 e 129 V 4).

2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico del ricorrente.