

TI_GERICHTE 32.2015.43 vom 5. Februar 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-02-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.43

FR: TI_GERICHTE 32.2015.43 du 5 février 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.43 del 5 febbraio 2015

Regeste

Rendita limitata nel tempo. Applicazione x analogia delle regole sulla revisione di decisioni amm. Forza probante del referto dell'SMR. Richiesta di perizia giudiziaria respinta, non essendovi elementi oggettivanti una situazione diversa. Calcolo grado AI: rendita negata. Gratuito patrocinio e AG negati

Erwägungen

E. 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. 29bis 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). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 5. L'Ufficio AI ha limitato nel tempo il diritto alla rendita intera concessa all'assicurato fondandosi sostanzialmente sulla nota interna del 19 novembre 2014 (doc. 77), nella quale la consulente in integrazione ha esposto sia i periodi di incapacità lavorativa dell'assicurato sia il calcolo della capacità di guadagno residua, e concludendo, dopo il confronto dei redditi da valido e invalido, per un grado di invalidità del 18% dal giorno della valutazione peritale effettuata dall'SMR. Prima di allora, però, la consulente ha ritenuto che dopo un anno dall'insorgere dell'incapacità lavorativa, e fino a tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento, il grado di invalidità era del 100%, perciò ha proposto di attribuire all'assicurato una rendita intera, limitata però a questo periodo di tempo (dal 1° settembre 2013 al 31 gennaio 2015). Nel ricorso l'assicurato ha sostenuto che gli accertamenti medici effettuati dall'amministrazione sarebbero di parte e quindi “estremamente favorevoli all'Ufficio resistente” (doc. I punto 6.1) e che vi sarebbero “numerose discrepanze tra i pareri dei medici curante e quello del perito di parte resistente”, perciò ha chiesto l'allestimento di una perizia giudiziaria neutra. Inoltre, secondo i pareri

dei suoi curanti egli dovrebbe avere diritto ad una rendita di invalidità del 60% dal 1° febbraio 2015. Il ricorrente ha inoltre contestato i calcoli che hanno portato l'Ufficio assicurazione invalidità a determinare il salario da invalido e quindi la sua perdita di guadagno. Al riguardo, richiamata anche la succitata giurisprudenza valida nel caso in cui l'amministrazione riconosce un diritto alla rendita limitata nel tempo (cfr. consid. 4), il TCA è quindi ora chiamato a valutare se l'UAI, a far tempo dal 1° febbraio 2015, ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante all'assicurato. 6. L'Ufficio AI ha raccolto numerosi certificati medici, come pure ha espressamente interpellato i curanti dell'assicurato. In particolare, dalla folta documentazione agli atti emerge che il 13 gennaio 2014 (doc. 43) l'interessato, sofferente di insufficienza/instabilità segmentaria L5/S1, è stato sottoposto ad un intervento di laminectomia L5 e parziale S1 a destra; discectomia L5/S1; impianto di viti transpeduncolari in L5 e S1 bilateralmente; impianto di sbarre pre-lordizzate; impianto di cage Capstone – Medtronic in PEEK; sistema Solera-Medtronic. A seguito di questo intervento, l'assicurato è stato visitato regolarmente dal neurochirurgo che l'ha operato, il quale ha valutato il decorso post-operatorio e, a specifica richiesta dell'UAI, più volte ha riferito dello stato di salute del suo paziente compilando gli appositi rapporti (docc. 49 e 59). Parallelamente al neurochirurgo _____, va qui rilevato che l'amministrazione ha di pari passo sempre interpellato anche gli altri medici intervenuti, quali il curante dr. med. _____, medicina generale, il dr. med. _____, FMH neurochirurgia, che però ha avuto in cura l'assicurato fino al 29 gennaio 2013 (doc. 52/4), e la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. L'ultimo accertamento medico dell'UAI è stato effettuato il 1° settembre 2014. Il 5 settembre 2014 (doc. 59) il dr. med. _____, FMH in neurochirurgia, non ha compilato l'apposito "rapporto medico: reintegrazione professionale/rendita" inviatogli dall'Ufficio AI, ma ha allegato tutti i suoi precedenti referti relativi alle visite del 7 novembre 2013, 18 dicembre 2013, 29 gennaio 2014, 25 febbraio 2014, 1° maggio 2014, 26 giugno 2014, come pure il rapporto operatorio del 13 gennaio 2014 e la lettera di dimissione dalla Clinica del 18 gennaio 2014. Il 9 settembre 2014 (doc. 63/7) il dr. _____ ha nuovamente rivisto l'assicurato per valutare il decorso, evidenziando come fosse senz'altro migliore rispetto a prima dell'intervento, ma progressivamente stavano tornando dei disturbi radicolari nell'arto inferiore destro in parte in territorio L5, a tratti anche S1. L'impressione era che la sintomatologia potesse essere riconducibile a una reazione pericatrizziale in sede d'intervento. Tramite una risonanza magnetica lombo-sacrale lo specialista avrebbe valutato questa ipotesi, che era sostenuta maggiormente anche dal fatto che la sintomatologia algica lombare fosse pressoché nulla, con dolori radicolari che comparivano esclusivamente a seguito dell'aumento delle distanze di percorrenza o a fine giornata. Egli ha infine reso un certificato di inabilità fino al 12 ottobre 2014. La dr.ssa _____ ha compilato l'apposito rapporto medico il 12 settembre 2014 (doc. 62), evidenziando che la sindrome da disadattamento, con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD10: F43.23), era presente dal novembre-dicembre 2012 e che l'interessato era in sua cura dal 6 maggio 2013. Nell'esporre l'anamnesi, la psichiatra ha riferito che rispetto al precedente rapporto del 12 maggio 2014 dal lato personale e familiare non sussistevano nuovi dati anamnestici di rilievo e che il decorso del quadro psicopatologico si presentava stazionario. A quel momento persistevano stati di ansia ricorrenti, preoccupazione rispetto al futuro lavorativo e la precarietà della situazione finanziaria, sonno disturbato nel mantenimento con ruminazione notturne, momenti di disregolazione emotiva mal controllata. La prognosi appariva quindi incerta. Il quadro psicopatologico rimaneva a rischio di peggioramento e

cronicizzazione se non fosse stato effettuato un reinserimento lavorativo in attività adeguata ai limiti funzionali somatici. L'assicurato seguiva un trattamento psicofarmacologico integrato a colloqui psicologici di sostegno. L'incapacità lavorativa attestata era dunque totale dal 6 maggio 2013 e perdurava, visto le presenze di tensione, preoccupazione, momenti di disregolazione emotiva, sonno disturbato nel mantenimento, disturbo emozionale reattivo al prolungato periodo di inabilità lavorativa totale e all'incertezza del futuro lavorativo. Tuttavia, dal lato psichiatrico non sussistevano limiti funzionali permanenti e quindi il paziente poteva essere gradualmente reinserito in attività adeguata ai limiti funzionali, mentre la precedente attività non era più esigibile. Da parte sua, il 23 settembre 2014 (doc. 63) il curante dr. med. _____, medicina generale, ha dichiarato di avere in cura l'assicurato dal 10 settembre 2012 e di avere attestato da allora un'inabilità lavorativa del 100% per discopatia della colonna lombare con ernia discale L5-S1 (presente nel settembre 2012), per la quale l'assicurato veniva curato con terapia medicamentosa e fisioterapia. Impossibilitato a riprendere l'esercizio dell'attività lucrativa precedente, a dire del curante l'assicurato nemmeno era in grado di svolgere altre attività lavorative adeguate al suo stato di salute, avendo risposto "no" a tutte le domande sulla capacità residua. Egli ha inoltre allegato tutti i referti medici del dr. _____ ricevuti dopo ogni consultazione. Alla luce di questi referti, l'interessato è stato sottoposto ad una valutazione clinico-funzionale bidisciplinare (internistica e psichiatrica) per opera del Servizio Medico Regionale. Il 20 ottobre 2014 RI 1 è stato quindi valutato dal dr. med. _____, medico generalista FMH, e dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale ha avuto modo di valutare l'assicurato dapprima, il 20 ottobre 2014, durante un'ora di colloquio e per un'ulteriore mezz'ora di tempo il 31 ottobre 2014. Nel referto del 20 ottobre 2014 (doc. 70) vengono descritti l'anamnesi familiare/personale, la vita quotidiana, lo sviluppo della malattia e i risultati della terapia per quanto concerne sia la parte somatica sia quella psichiatrica, la terapia farmacologica attuale, lo status generale, lo status psichico e neurologico, la deambulazione, il rachide cervicale, il rachide dorsale e lombare, gli arti inferiori. La diagnosi posta con ripercussione sulla capacità lavorativa era di lombosciatalgia cronica persistente destra su/con: esiti di laminectomia L5 e parziale S1 a destra. Artrectomia mediana L5/S1 a destra. Discectomia L5/S1. Impianto di viti transpeduncolari in L5 e S1 bilateralmente. Impianto di sbarre pre-lordizzate. Impianto di cage Capstone Medtronic in PEEK. Sistema Solera-Medtronic il 13 gennaio 2014; pregresse infiltrazioni locali con beneficio parziale; pregresso consulto presso la _____ Klinik di _____ con diagnosi di dolore lombospondilogeno su discopatia L5-S1 il 12 aprile 2013; protrusione discale erniaria mediana e paramediana bilaterale a livello L5-S1 con effetto compressivo sull'origine della radice S1 destra e con presa di contatto con l'origine della radice S1 controlaterale alla MRI lombare del 4 ottobre 2013; pregressa ernia del disco L5-S1. La diagnosi posta senza influsso sulla capacità lavorativa era di sindrome da disadattamento, disturbi di altri aspetti emozionali: attualmente ansia ed insonnia sono sotto controllo con la terapia farmacologica. Nella sua valutazione psichiatrica, il dr. med. _____ ha riferito che l'ansia e l'insonnia dell'assicurato sono scaturite quando egli ha realizzato che non avrebbe più potuto svolgere l'attività di metalcostruttore a causa dei problemi somatici. Era quindi una diretta conseguenza delle preoccupazioni per il proprio futuro. Il timore di non riuscire a trovare un'altra collocazione lavorativa e di dovere pesare sull'economia familiare ha destabilizzato l'assicurato. Nei primi mesi del 2013 l'ansia ha assunto una dimensione patologica e invalidante. L'inizio della terapia farmacologica prescritta dalla psichiatra curante ha dato i primi benefici

soltanto nell'estate del 2013. La condizione psichica si sarebbe mantenuta instabile fino a circa due mesi prima dell'attuale valutazione. Con l'introduzione, nell'agosto 2014, dell'antidepressivo Trittico in aggiunta ad altri due farmaci (Cipralex e Olanzapina), l'assicurato ha visto un netto e stabile miglioramento dell'ansia e dell'insonnia. Al momento della valutazione specialistica, l'assicurato non presentava una psicopatologia invalidante; ciò lo si evinceva dallo status psichico, dalle sue affermazioni, dalla descrizione della vita quotidiana e dalle intense e gratificanti relazioni sociali. Pertanto, dal punto di vista psichiatrico l'assicurato aveva una capacità lavorativa del 100% a partire dal momento della prima visita psichiatrica presso l'SMR (20 ottobre 2014). La stabilizzazione del tono dell'umore e il contenimento dell'ansietà, a due mesi di distanza dal miglioramento dell'insonnia (agosto 2014), sono risultate definitive, fattore assai positivo nei disturbi affettivi, che sono soggetti ad oscillazioni cicliche invalidanti. Il miglioramento stabile del quadro clinico è stato confermato anche in occasione della seconda visita presso il dr. _____, mentre per i periodi precedenti lo specialista ha confermato la certificazione prodotta dalla psichiatra curante. Per quanto concerne la valutazione somatica, il dr. med. _____, medico generalista FMH, ha rilevato che è emerso un quadro di lombosciatalgia cronica persistente destra con una drammatica ricaduta sull'attività professionale abituale dell'assicurato che, pertanto, non risultava più esigibile dal 28 novembre 2012. Pur considerando una discreta mobilità generale della colonna vertebrale, la facilità con cui era possibile esacerbare la sintomatologia algica di fondo era incompatibile con attività lavorative che comportassero l'assunzione e il mantenimento di posizioni inergonomiche e la manipolazione di carichi di entità media, come nella precedente attività. L'assicurato, infatti, non poteva assumere la stazione eretta e la posizione seduta per più di 30 minuti, la posizione inginocchiata e accovacciata per più di 5 minuti. Inoltre, egli non poteva camminare per più di 300m in piano e di 100m in discesa né camminare su terreni sconnessi. Non poteva svolgere attività dove era necessario mantenere l'equilibrio, come sui ponteggi o sulle scale, specie se sottoposto a carichi. Il limite di carico massimo manipolabile dall'assicurato era di 10kg. Pertanto, un'attività adeguata allo stato di salute dell'assicurato avrebbe dovuto essere comunque un'attività manuale leggera, in ambiente stazionario, che fosse rispettosa dei limiti funzionali esposti e che permettesse all'assicurato di fare delle pause di 15 minuti ogni due ore. In un'attività come questa l'assicurato risultava pienamente abile con una riduzione di rendimento del 20% a partire dalla data odierna (prima valutazione funzionale congiunta, somatica e psichiatrica). Nessuna proposta terapeutica alternativa a quella indicata dal dr. med. _____ è stata avanzata da medico generalista che ha visitato l'assicurato, mentre la prognosi quoad valetudinem è rimasta, d'avviso dei medici SMR, suscettibile di peggioramento a lungo termine. Nel rapporto finale SMR con esame, stilato il 20 ottobre 2014 (doc. 70), i medici intervenuti su invito dell'UAI hanno quindi confermato l'incapacità lavorativa del 100% dell'assicurato come aiuto metalcostruttore dal 7 settembre 2012 al 7 ottobre 2012, del 50% dall'8 ottobre al 27 novembre 2012 e nuovamente del 100% dal 28 novembre 2012 in poi. In altre attività adeguate, i gradi di inabilità lavorativa stabiliti dagli esperti dell'SMR erano gli stessi, ma dal 20 ottobre 2014 l'incapacità lavorativa è stata fissata nel 20% intesa come riduzione di rendimento e con le limitazioni funzionali esposte. 7. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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.

E. 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-Blaser , *Recht-sprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). 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; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 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 1994, p. 332). In una sentenza pubblicata nella *Pratique VSI 2001* pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (*Pratique VSI 2001* pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e

giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). 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). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia

ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, 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 psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

E. 4.4

pag. 469 seg.). Giova altresì ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. A ciò va aggiunto che lo stesso art. 49 cpv. 2 OAI dispone che i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati, perciò l'agire dell'amministrazione non può essere biasimato. Tutto ben considerato, quindi, da un punto di vista medico-teorico globale vanno confermate le chiare e complete conclusioni degli esperti a cui ha fatto capo l'Ufficio AI, secondo cui dal 20 ottobre 2014 il ricorrente era inabile al lavoro al 100% come metalcostruttore, mentre era abile totalmente, con una riduzione del rendimento del 20%, in altre attività che tenessero conto delle limitazioni funzionali esposte. Stante quanto precede, d'avviso di questo Tribunale, non vi sono quindi motivi per scostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti gli esperti interpellati dall'Ufficio AI. Da ultimo, per quanto concerne la richiesta ricorsuale di fare esperire una perizia neutra giudiziaria, alla luce della giurisprudenza esposta la stessa non può condurre all'erezione di una perizia (pluridisciplinare) da parte dell'amministrazione e/o ordinata da questo Tribunale come perizia superpartes, visto che da una parte è già stato chiarito, a mano della documentazione prodotta in sede amministrativa, il suo stato di salute. D'altra parte, il ricorrente non ha in alcun modo reso verosimile che fosse necessario verificare ulteriormente le sue condizioni di salute e la sua capacità lavorativa, dato che in sede ricorsuale non ha prodotto alcun nuovo referto medico che metta in discussione le conclusioni tratte dai medici del Servizio Medico Regionale e che quindi possa fare nascere dei dubbi su questa valutazione posta alla base della decisione dell'Ufficio assicurazione invalidità. Pertanto, senza un elemento che oggettivi il suo stato di salute non è possibile, per il Tribunale, dare luogo a nuovi accertamenti quali per esempio perizie o complementi peritali. Il principio inquisitorio valido nelle assicurazioni sociali è infatti accompagnato dall'obbligo delle parti di collaborare e, nel caso concreto, l'insorgente non ha per nulla ottemperato a questo suo dovere. Inoltre, la documentazione agli atti è chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie contenendo le necessarie indicazioni ai fini

decisionali, perciò non si giustifica, come richiede l'insorgente, un complemento istruttorio di carattere medico né a carico del Tribunale né dell'Ufficio assicurazione invalidità. In tali circostanze, le lagnanze dell'assicurato devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello emerso dai referti dei medici curanti _____ e _____. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato nemmeno validamente contraddetto da documentazione più recente, perciò va posto alle base del presente giudizio.

9. Riconosciuto il valore invalidante delle affezioni alla schiena di cui soffre il ricorrente, va evidenziato che dal 20 ottobre 2014 egli può comunque svolgere a tempo pieno qualsiasi attività lucrativa che rispetti i limiti funzionali indicati dall'SMR, con una riduzione del rendimento del 20%. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche 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 a 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 appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe

essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 U 168 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, p. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 205s., secondo cui: "Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen"; Doudin, *La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in SZS 1990, p 255s.). In questo ordine d'idea, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin, op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004, U 871/02, consid. 3; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.5). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Occorre infine rilevare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA 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 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7) Si tratta quindi ora di esaminare dal profilo economico le conseguenze del danno alla salute subito dall'assicurato, che può ancora esercitare a tempo pieno delle attività adeguate, fermo restando una riduzione del rendimento del 20%. 10. Dal calcolo economico effettuato dall'Ufficio AI emerge che il paragone fra il reddito da valido ed il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire da invalido tenuto conto della sua capacità lavorativa residua dell'80% in attività semplici e ripetitive, dà una perdita di guadagno del 18%, percentuale che giusta l'art. 28 LAI non è tuttavia sufficiente per l'attribuzione di una rendita di invalidità. Per quanto concerne l'importo del reddito ipotetico da invalido da porre alla base del calcolo, va rammentato che in una sentenza resa in ambito LAINF pubblicata in DTF 128 V 174 seg., il TFA ha stabilito che per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione), quindi l'anno 2015 (art. 28 cpv. 1 LAI). Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222 in SVR 2003 IV Nr. 24; STFA inedita 26 giugno 2003, consid. 3.1, I 600/01, STFA del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA del 9 agosto 2002, consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 consid. 4.2, I 475/01). 11. Quale reddito da valido l'Ufficio AI ha considerato il salario di Fr. 57'850.- all'anno (Fr. 4'450.- x 13 mesi) che il datore di lavoro ha indicato l'8 agosto 2013 (doc. 6) quale stipendio attuale che il lavoratore avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute. Questo importo va pacificamente confermato, mentre la critica rivolta dal ricorrente sulla fissazione di questo reddito va senz'altro respinta, anche perché da nessuna parte risulta che prima dell'insorgenza dell'inabilità lavorativa il salario che l'assicurato percepiva ammontava a Fr. 63'450.- (doc. I punto 7). Dovendo però porsi al momento in cui l'attore dovrebbe ricevere la rendita di invalidità, occorre adattare all'evoluzione dei salari nominali questo dato (DTF 128 V 174; DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55). L'evoluzione dei salari nominali fra il 2013 ed il 2014 – ultimo dato disponibile - nelle attività manifatturiere (ramo economico C/10-33) corrisponde per gli uomini ad una percentuale annua dell'1,1% (cfr. tabella B10.2, pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 89; Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Di conseguenza, il reddito da valido sarebbe ammontato nel 2014 a Fr. 58'486,35 (Fr. 57'850.- + [Fr. 57'850.- x 1,1 : 100]). 12. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, da alcuni anni questo Tribunale

aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA 13). L'Alta Corte ha però stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...) ". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...).

E. 8

Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le problematiche internistiche e psichiche sono state chiarite in modo soddisfacente dagli specialisti che essa ha nominato tanto che, senza indizi contrari su un eventuale peggioramento dello stato di salute dell'interessato, l'Ufficio AI non ha ritenuto necessario, a buon diritto, sottoporre quest'ultimo ad ulteriori accertamenti medici. In effetti, contrariamente a quanto supposto dal ricorrente, che ha rimproverato all'Ufficio AI un accertamento superficiale, l'amministrazione ha seguito l'evolversi del suo stato di salute sin dall'inizio, occupandosi di richiamare l'incarto della Cassa malati che per due anni gli ha versato le indennità giornaliere per malattia e provvedendo subito a verificare la possibilità di un trasferimento interno a mansione adeguata nell'azienda presso cui lavorava (doc. 15). Dopodiché, l'UAI il 1° marzo 2013 (doc. 22) ha interpellato i medici che avevano in cura l'assicurato ed è giunto alla conclusione, su parere del medico SMR (doc. 27), che non risultavano attuabili ulteriori provvedimenti di intervento tempestivo. Così, dal settembre 2013 in poi, regolarmente, per un anno l'Ufficio AI ha invitato i medici curanti a compilare il "rapporto medico: integrazione professionale/rendita" per conoscere lo stato di salute dell'assicurato, finché il 10 ottobre 2014 (doc. 67) il dr. med. _____, attivo presso il Servizio Medico Regionale, ha ritenuto opportuno convocare l'assicurato per una valutazione clinico-funzionale bidisciplinare (internistica e psichiatrica), che ha

avuto luogo il 20 ottobre 2014. Secondo il TCA, vanno qui ritenute determinanti le conclusioni a cui sono giunti gli specialisti dr. med. _____ e _____ che sono intervenuti nella valutazione dell'assicurato, perizia resa il 20 ottobre 2014 alla quale va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 7). Questi esperti hanno attentamente valutato di persona il ricorrente, hanno vagliato la documentazione medica messa a disposizione, hanno eseguito degli esami personali ed obiettivi, ma hanno anche preso in considerazione lo status soggettivo dell'interessato. Dal canto suo, invece, il ricorrente non ha saputo comprovare, a mano di specifica e dettagliata documentazione medica, che il suo stato di salute fosse in realtà peggiore di quello ritenuto dai medici SMR (inabilità lavorativa del 100% per motivi internistici reumatologici come metalcostruttore, ma capace al 100%, con riduzione del 20% del rendimento, in qualsiasi altra attività lucrativa adeguata al suo stato di salute). Egli si è infatti limitato a sostenere che l'Ufficio AI non avrebbe accertato debitamente il suo reale stato di salute, visto che vi sarebbero discrepanze tra i pareri dei medici curanti e quelli dell'SMR. Tuttavia, una diagnosi sostanzialmente diversa da quella posta dai medici interpellati dall'Ufficio AI non è stata né addotta né tanto meno comprovata dai medici curanti dell'assicurato.

Quest'ultimo, poi, nel suo ricorso ha soltanto riproposto alcuni estratti dei referti dei medici intervenuti, peraltro già agli atti e già esaminati dai medici dell'SMR nella resa della loro valutazione, e ha criticato la conclusione tratta dell'impedimento lavorativo del 20%, non capendo su quale basi si fondi questo parametro. Va qui infatti in particolare osservato che il dr. med. _____, FMH in neurochirurgia, nel suo ultimo referto del 9 settembre 2014 ha evidenziato che il decorso, da un punto di vista clinico, era senz'altro migliore rispetto a prima dell'intervento, anche se progressivamente stavano tornando dei disturbi radicolari nell'arto inferiore destro in parte in territorio L5, a tratti anche S1. Egli ha ipotizzato che la sintomatologia potesse essere riconducibile a una reazione pericicatrizziale in sede di intervento. La sintomatologia algica lombare era invece pressoché nulla, con dolori radicolari che comparivano esclusivamente a seguito di aumento delle distanze di percorrenza o a fine giornata. L'inabilità lavorativa è stata certificata fino al 12 ottobre 2014. Una valutazione simile è stata resa dal dr. med. _____, FMH medicina generale, il quale, un mese dopo, ha esaminato di persona l'assicurato, e meglio lo status neurologico, la deambulazione, il rachide cervicale, le spalle, i gomiti, le mani, il rachide dorsale e lombare, gli arti inferiori, le caviglie, i piedi e ha concluso per un quadro di lombosciatalgia cronica persistente destra con una drammatica ricaduta sull'attività professionale abituale, oramai non più esigibile. D'avviso del TCA, quindi, da questo profilo le due valutazioni mediche si sovrappongono, giacché entrambi gli esperti hanno ritenuto impraticabile l'attività precedentemente esercitata siccome fisicamente troppo impegnativa. Vista la facilità con cui era possibile esacerbare la sintomatologia algica di fondo, delle attività lavorative che comportassero l'assunzione e il mantenimento di posizioni inergonomiche e la manipolazione di carichi di entità media erano escluse, così come altri particolari movimenti. Ciò nonostante, secondo il medico generalista che ha verificato lo stato di salute dell'assicurato, quest'ultimo sarebbe stato comunque in grado di esercitare delle attività manuali leggere, in ambiente stazionario, che fossero rispettose dei limiti funzionali indicati. Per contro, il Tribunale rileva che il neurochirurgo che ha operato e seguito l'assicurato non si è pronunciato specificatamente su un'eventuale capacità lavorativa residua in altre attività adeguate al suo stato di salute, ma ha soltanto indicato che l'inabilità lavorativa perdurava fino al 12 ottobre 2014. Al di là dei pareri espressi in precedenza dal medesimo neurochirurgo, non va dimenticato di rilevare che nel suo ultimo

referto del settembre 2014, determinante per l'esame della fattispecie siccome più vicino nel tempo alla valutazione operata dall'SMR, la sintomatologia algica lombare era quasi nulla e i dolori radicolari comparivano soltanto a fine giornata o se i tragitti percorsi a piedi erano molto lunghi. In sostanza, dunque, l'intervento chirurgico ha messo l'assicurato in una posizione migliore rispetto a prima dell'operazione, con grande beneficio tratto da parte dell'interessato. Altri certificati medici di parte che contraddicono la situazione clinica riscontrata dal dottor _____ non ve ne sono, tutt'al più che con il ricorso l'assicurato non ha prodotto alcun nuovo certificato - limitandosi ad invocare l'erezione di una perizia giudiziaria - e quindi una diversa valutazione medica successiva all'esame del Servizio Medico Regionale non è stata fornita. Alla luce dei pareri medici suesposti, il TCA ritiene che la valutazione del medico SMR intervenuto deve essere condivisa, essendo chiara, dettagliata e completa, avendo egli ben valutato lo stato di salute del ricorrente dal profilo somatico. Il TCA fa dunque proprie le affermazioni e le conclusioni a cui è giunto il dottor _____ dell'SMR, seppure questo medico non sia uno specialista in materia. Ciò nonostante, l'esame effettuato dell'assicurato è dettagliato e convincente anche per quanto riguarda i limiti funzionali riscontrati che, come per il medico curante, portano ad escludere una ripresa dell'attività precedente, ma ad ammettere comunque l'esercizio di attività che rispettino questi limiti. Per quanto concerne l'esame psichico a cui l'interessato è stato sottoposto il 20 ed il 31 ottobre 2014 dal dr. med. _____, specialista in materia, va qui evidenziato che egli ha potuto riscontrare un miglioramento dello stato di salute del ricorrente dal profilo psichiatrico. Lo stesso assicurato ha riferito al medico SMR che fino a due mesi prima della valutazione peritale la situazione psichica si era mantenuta instabile, ma grazie ad una terapia farmacologica adeguata prescrittagli dalla psichiatra curante l'interessato ha visto un netto e stabile miglioramento dell'ansia e dell'insonnia. Pertanto, al momento della valutazione peritale l'assicurato non presentava una psicopatologia invalidante. La dr.ssa med. _____, psichiatra curante del ricorrente dal 6 maggio 2013, nel suo ultimo referto del

E. 12

settembre 2014 (doc. 62), quindi steso un mese prima della valutazione da parte del Servizio Medico Regionale, ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD10: F43.23), rilevando che il quadro psicopatologico si presentava stazionario, con stati di ansia ricorrenti, preoccupazione in merito al futuro lavorativo e alla precarietà della situazione finanziaria, elementi che turbavano pure il sonno. In sostanza, dunque, i disturbi psichici riscontrati dalla specialista erano unicamente legati alla perdita del lavoro e all'impossibilità per l'interessato di riprendere l'unica attività esercitata ed appresa, con conseguenti preoccupazioni di carattere economico sul suo futuro lavorativo. L'esperta ha infatti però anche evidenziato che dal lato psichiatrico non sussistevano limiti funzionali permanenti, visto che il paziente poteva essere gradualmente reinserito in attività adeguate ai limiti funzionali. Anzi, la curante ha addirittura auspicato per l'assicurato, con l'aiuto dell'UAI, un reinserimento lavorativo in attività adeguate proprio per evitare un peggioramento. Da questa conclusione discende che il parere del dr. _____, che ha ritenuto il ricorrente abile dal profilo psichiatrico, non contraddice affatto l'opinione della collega, visto che anche la stessa dr.ssa _____ ha ritenuto auspicabile un reinserimento lavorativo non sussistendo limiti funzionali permanenti, ma essendo essi (solo) legati alle contingenze lavorative ed economiche che si sono create nell'interessato. Occorre infine ricordare, alla luce della giurisprudenza suesposta concernente il valore probante dei referti medici, che gli specialisti interpellati

dall'amministrazione hanno visitato l'assicurato nelle vesti di perito - seppure non ai sensi dell'art. 44 LPG, trattandosi di medici interni all'amministrazione (DTF 135 V 254) -, mentre tutti gli altri medici che l'UAI ha contattato sono intervenuti in qualità di suoi medici curanti. In merito alla valenza dei pareri espressi dai medici interni all'amministrazione, contestata dal ricorrente che ha ritenuto non esservi un'indipendenza da parte degli esaminatori nei confronti dell'Ufficio AI (STF 8C_433/2015 dell'8 ottobre 2015 consid. 4.1), il Tribunale federale ha confermato la costante giurisprudenza secondo cui nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. 136 V 376 consid. 4 pag. 377 segg.). Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (DTF 122 V 157). Per la giurisprudenza del Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a perizia medica esterna (DTF 135 V 465 consid.

E. 13

In ossequio alla più recente giurisprudenza federale occorre, in assenza di dati salariali concreti, basarsi sui dati statistici nazionali. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 62'520.- (Fr. 5'210.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere la rendita di invalidità (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini un indice totale pari al 100 per il 2010. Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2012 (Tabella TA1 2012) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2012 e poi aggiornarlo direttamente al 2014. Pertanto, si ha che il salario statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2014 a Fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.- : 101,7 x 103,2) (cfr. Tabella B10.4 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 90 e Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico da invalido per un uomo ammonta a Fr. 66'138,41 (Fr. 63'442,12 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della

particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha applicato una riduzione del 5% per la limitazione funzionale nello svolgere attività leggere (doc. 78). Il TCA non vede alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa, che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla citata giurisprudenza. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2014 a Fr. 66'138,41 va ritenuto nella misura dell'80% (Fr. 66'138,41 x 80 : 100 = Fr. 52'910,73) stante la ridotta capacità lavorativa esigibile ed in seguito questo nuovo reddito va diminuito del 5% per tenere conto delle circostanze personali , ottenendo così l'importo di Fr. 50 '265,19 (Fr. 52'910,73 - [Fr. 52'910,73 x 5 : 100]). Il reddito ipotetico da invalido dell'assicurato di Fr. 50 '265,19 va confrontato con l'ammontare di Fr. 58'486,35 corrispondente al reddito che l'assicurato avrebbe conseguito da valido nell'anno 2014 per l'attività di aiuto metalcostruttore a tempo pieno senza il danno alla salute. Da ciò risulta un' incapacità al guadagno del 14,06% ([Fr. 58'486,35 - Fr. 50 '265,19] : Fr. 58'486,35 x 100), che va arrotondata al 14% (DTF 130 V 121). 14. Alla luce di tutto quanto esposto, dall'inabilità lavorativa del 100% come aiuto metalcostruttore presente dal 7 settembre 2012 il ricorrente non può trarre alcun diritto ad una rendita di invalidità oltre al 31 gennaio 2015. Infatti, malgrado la capacità lavorativa residua sia dell'80%, la perdita di guadagno riscontrata è del 14% - mentre l'UAI l'ha fissato nel 18% - e quindi è inferiore al grado minimo pensionabile (40%) ex art. 28 LAI. Inoltre, il ricorrente neppure può ottenere una riqualifica professionale giusta gli artt. 8 e 17 LAI, dato che la perdita di guadagno subita non è di almeno il 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2) . Al ricorrente rimane però sempre aperta la via dell'aiuto al collocamento, la cui domanda può essere presentata all'Ufficio AI in qualsiasi momento. Questo Tribunale non può dunque che confermare il rifiuto al diritto ad una rendita d'invalidità stabilito dall'amministrazione con la decisione impugnata a decorrere dal 1° febbraio 2015 e il ricorso deve essere integralmente respinto. Al riguardo è comunque utile rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurato intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). 15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio. Va qui evidenziato che ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar 2a ed., ad art. 61, n. 102, pag. 788). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed.; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria - rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) - sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se il processo non è palesemente privo di esito positivo e se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Occorre qui ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, di principio, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (sentenza 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181). In DTF 132 V 200 il TF ha stabilito che a meno che non siano impiegati presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica, sono autorizzati a assistere gratuitamente un richiedente ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 LPGa unicamente gli avvocati che soddisfano per analogia le condizioni personali di iscrizione al registro ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 della legge federale sulla libera circolazione degli avvocati (LLCA). In concreto, non essendo il ricorrente patrocinato da un avvocato, la domanda tesa ad ottenere il gratuito patrocinio appare improponibile e quindi va respinta (cfr. anche STCA 32.2014.151 del 7 agosto 2015; STCA 36.2011.84 del 30 gennaio 2012). La richiesta di assistenza giudiziaria può essere esaminata limitatamente all'esonero dal pagamento delle tasse di giustizia delle spese, ritenuto che non va, di conseguenza, esaminata la condizione della necessità dell'intervento di un avvocato. In concreto, malgrado in sede di ricorso il ricorrente abbia affermato che "ha chiesto ed ottenuto dal proprio Comune di essere messa a beneficio dell'assistenza giudiziaria", l'insorgente non ha prodotto alcunché e ciò nemmeno nel termine assegnatogli per presentare nuove prove. La richiesta deve essere respinta già solo per questo motivo (cfr. STCA 32.2014.151 del 7 agosto 2015; STCA 32.2013.63 del 15 gennaio 2014). Ad ogni modo, quand'anche l'assicurato avesse prodotto al TCA questo certificato, alla luce delle considerazioni esposte il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di possibilità 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 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame della fattispecie 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 ed economica hanno consentito di accertare con la dovuta chiarezza il grado di invalidità e l'insorgente non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio le valutazioni dell'SMR. Lo stato di salute dell'assicurato è stato correttamente esaminato dall'UAI e non

permette all'insorgente di potere essere messo al beneficio di una rendita dal 1° febbraio 2015. D'altronde, il ricorrente nemmeno ha inviato al TCA nuovi certificati medici, limitandosi a citare quelli già presenti agli atti prodotti in sede amministrativa, tuttavia già valutati dall'SMR, e che non erano atti a sovvertire le conclusioni di questi medici. In assenza di prove concrete che oggettivassero una capacità lavorativa peggiore di quella individuata dai citati esperti, il ricorrente non aveva quindi alcuna possibilità di successo inoltrando il presente ricorso. Facendo quindi difetto i presupposti necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, la richiesta va respinta. 16. Infine, il ricorrente ha affermato che l'Ufficio AI avrebbe tolto l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso contro la decisione del 5 febbraio 2015 (doc. I punto 10). Questa circostanza è del tutto errata, visto che la decisione impugnata, peraltro allegata dal ricorrente stesso, non si pronuncia affatto su un eventuale effetto sospensivo del ricorso. Essa indica i mezzi di diritto, avvertendo l'assicurato che il termine entro il quale formulare ricorso è di 30 giorni, che la procedura di ricorso è onerosa e che vi sono delle ferie giudiziarie durante le quali il termine di ricorso non decorre. Al ricorrente va qui ricordato il tenore dell'art. 54 LPGA, che concede automaticamente l'effetto sospensivo ad un ricorso, fatta salva un'espressa revoca da parte dell'autorità amministrativa. Ad ogni buon conto, anche ammettendo che il ricorrente ne abbia fatta (implicita) richiesta, la presente sentenza rende priva di oggetto la domanda di concedere l'effetto sospensivo al ricorso (STF 8C_911/2009 del 18 marzo 2010, consid. 4).

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