

TI_GERICHTE 32.2017.184 vom 4. Oktober 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-10-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.184

FR: TI_GERICHTE 32.2017.184 du 4 octobre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.184 del 4 ottobre 2017

Regeste

Diniego di prestazioni. Valutazione SMR confermata. Nessun danno extra infortunistico: valgono le valutazioni della SUVA già confermate dal TCA e dal TF

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.08.2018 32.2017.184 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.08.2018 32.2017.184 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 14.08.2018 32.2017.184

Diniego di prestazioni. Valutazione SMR confermata. Nessun danno extra infortunistico: valgono le valutazioni della SUVA già confermate dal TCA e dal TF

Raccomandata Incarto n. 32.2017.184 FS Lugano 14 agosto 2018 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 30 ottobre 2017 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 4 ottobre 2017 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto 1.1. RI 1, nato nel 1958, allora rappresentante di vendita presso la società _____, nel settembre 2008 ha subito un infortunio e riportato la frattura di entrambi i talloni. Nel febbraio 2010, entrato nel frattempo alle dipendenze della ditta _____ quale account manager, ha annunciato una ricaduta e interrotto il lavoro. L' _____, con decisioni formali del 27 luglio e del 2 agosto 2012, ha riconosciuto all'assicurato un'indennità per menomazione all'integrità (di seguito IMI) del 15% e lo ha ritenuto abile al lavoro al 100% nella sua precedente professione a far tempo dal 1. settembre 2012. Con decisione su opposizione del 24 aprile 2013, l' _____ ha confermato l'entità dell'IMI e l'estinzione del diritto all'indennità giornaliera a contare dal 1. settembre 2012 (data la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico) e rinviato gli atti all'Agenzia circondariale per valutare il diritto alla rendita d'invalidità. Nel mese di marzo 2014 RI 1 ha subito un nuovo infortunio e l' _____ gli ha riconosciuto il diritto a delle indennità giornaliera dal 28 marzo al 26 giugno 2014. Con decisione formale dell'8 luglio 2014, confermata con decisione su opposizione del 29 ottobre 2014, l' _____ ha negato la concessione di una rendita di invalidità essendo l'incapacità lucrativa a seguito dell'evento infortunistico inferiore al 10%. Questo Tribunale, con STCA del 4 maggio 2015, ha respinto il ricorso interposto contro la decisione su opposizione del 29 ottobre 2014 (doc. 121/228-248 dell'incarto Lainf). Il TCA – osservato che, come considerato dall' _____, RI 1 è “(...) in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, l'attività d'impiegato di commercio nel settore delle telecomunicazioni, così come qualunque altra attività prevalentemente sedentaria, a condizione che egli abbia la possibilità di sgranchire le gambe per 5-10 minuti ogni due ore circa (...)” (doc. 121/241

dell'incarto Lainf) e rilevato che "(...) il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 95'575.99 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 102'200 - risulta essere del 6.48%, arrotondato al 6%, insufficiente per fondare il diritto a una rendita d'invalidità (cfr. art. 18 cpv. 1 LAINF). (...)” (doc. 121/247 dell'incarto Lainf) – ha stabilito che l'_____ era legittimato a dichiarare estinto il diritto all'indennità giornaliera a far tempo dal 1. settembre 2012 e a rifiutare il diritto ad una rendita. La STCA del 4 maggio 2015 è stata confermata dal Tribunale federale con la STF del 29 febbraio 2016 (doc. 130/291-296 dell'incarto Lainf).

1.2. Nel marzo 2012 – indicato quale danno alla salute la rottura del tallone del piede destro e sinistro a seguito d'infortunio – RI 1 ha inoltrato all'Ufficio AI una richiesta di prestazioni per adulti (doc. AI 3/10-18). Con decisione del 3 gennaio 2012 l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni (doc. AI 31/69/71). In esito al ricorso interposto contro la succitata decisione, questo Tribunale, con STCA del 10 ottobre 2013 (doc. AI 42/97-103) – osservato come senza i necessari accertamenti non fosse possibile "(...) stabilire con chiarezza se l'abilità lavorativa del 100% valga tanto per la sua attività abituale di rappresentante venditore quanto in un'altra attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali (...)” (doc. AI 42/102) – lo ha accolto e rinviato gli atti all'amministrazione affinché rendesse un nuovo provvedimento.

1.3. Con decisione del 4 ottobre 2017, preavvisata il 4 agosto 2017 (doc. AI 110/211-216, che annulla e sostituisce il precedente progetto di decisione del 13 ottobre 2016 sub doc. AI 74/144-146) e oggetto della presente vertenza – visti il rapporto finale SMR del 1. giugno 2017 con le annotazioni del medico SMR dr. _____ del 14 giugno e del 3 ottobre 2017 (doc. AI 104/202-204, 107/208 e 122/237) e la valutazione della consulente in integrazione professionale dell'8 giugno 2017 con le relative tabelle (doc. AI 100/196-198, 101/199, 102/200, 103/201) e le ulteriori annotazioni del 31 agosto e del 28 settembre 2017 con ulteriori tabelle (116/225, 118/227, 119/228 e 120/229) –, l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni (doc. AI 121/230-236). Ritenuti i seguenti periodi d'incapacità lavorativa: • nell'attività abituale quale consulente alla vendita del 100% dal 21.09.2008 al 21.12.2008, dello 0% dal 22.12.2008 al 22.02.2010, del 100% dal 23.02.2010 al 30.04.2010, dello 0% dall'1.05.2010 al 19.09.2010 e del 100% dal 20.09.2010 in avanti • in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti del 100% dal 21.09.2008 al 21.12.2008, dello 0% dal 22.12.2008 al 22.02.2010, del 100% dal 23.02.2010 al 30.04.2010, dello 0% dall'1.05.2010 al 19.09.2010, del 100% dal 20.09.2010 al 25.06.2012, dello 0% dal 26.06.2012 al 25.03.2014, del 100% del 26.03.2014 al 25.06.2014 e dello 0% dal 26.06.2014 e continua; l'Ufficio AI ha osservato che "(...) sulla base della valutazione medico-teorica abbiamo provveduto a quantificare il reddito da invalido ancora ragionevolmente esigibile, basato sulle attività adeguate dell'attuale stato di salute e calcolato secondo i redditi espressi dall'ufficio federale di statistica. L'assicurato avrebbe avuto diritto ad una rendita d'invalidità per un periodo limitato (dal 01.09.2011 al 30.06.2012) che, conformemente all'art. 29 LAI, non è potuto essere riconosciuta in quanto la richiesta di prestazioni è stata depositata tardivamente. (...)” (doc. AI 121/231) e, circa i redditi da valido e invalido, ha concluso che "(...) considerato che al momento dell'insorgenza del danno alla salute l'assicurato svolgeva un'attività lavorativa presso la ditta " _____", azienda che non è più attiva nel mercato del lavoro, per la determinazione del reddito da valido si procede con l'aggiornamento del dato utilizzato dalla _____ nella decisione del 08.07.2014 ovvero CHF 102'200.- per l'anno civile 2012 (...)” (doc. AI 121/231) rispettivamente che "(...) considerato l'iter professionale si può confermare che l'assicurato possa eseguire un'attività amministrativa nello stesso

settore economico ed ottenere lo stipendio previsto con conoscenze professionali e specializzate. A tale proposito si fa quindi riferimento alle tabelle RSS, categoria 61, uomo, mantenendo inoltre la riduzione del 10% (come da decisione della _____ del 08.07.2014) per tenere conto delle variabili personali e professionali. (...)” (doc. AI 121/231). Procedendo all’aggiornamento dei redditi da valido e invalido nel corso degli anni l’amministrazione ha quindi negato il diritto ad una rendita non raggiungendo (negli anni 2012 - 2017) il grado d’invalidità la soglia minima pensionabile del 40% ex art. 28 cpv. 2 LAI (6% nel 2012, 29% nel 2013 e 38% dal 2014 al 2017). 1.4. Con il presente ricorso, tramite l’avv. RA 1, l’insorgente ha contestato la valutazione medica e quella economica. Riguardo all’aspetto medico egli ha, in particolare, sostenuto che l’amministrazione non avrebbe proceduto a “(...) chiedere anche debita informazione in merito al peggioramento dello stato di salute che è già stato debitamente segnalato alla _____ ed ai tribunali (cfr. DTCA del 4 maggio 2015, inc. n. 35.2014.106, consid. 2.4 [...] e non da ultimo pure in merito ad una sopraggiunta problematica a carattere extra-infortunistica (...)” (...)” (I, punto 3, pag. 5). In merito alla valutazione economica ha contestato i redditi da valido e invalido sostenendo che “(...) va preso in considerazione l’importo di fr. 115'000.- e meglio così come recentemente ancora segnalato dal datore di lavoro per il caso in cui l’assicurato fosse rimasto alle sue dipendenze [o meglio reinserito nell’ambito delle differenti fusioni e riorganizzazioni] (cfr. doc. H). Quale reddito da invalido concretamente va preso in considerazione invece uno stipendio di fr. 70'000.- [importo aggiornato che corrisponde +/- all’importo che hanno segnalato le ditte interpellate dall’assicurato nel ramo della telecomunicazione considerati i suoi limiti (cfr. doc. E; cfr. doc. F; cfr. doc. G). (...)” (I, punto 14, pag. 14) e, quanto alla riduzione del 10%, ha addotto che “(...) siccome sono però presenti ulteriori aspetti che in passato non erano presenti e considerata la giurisprudenza secondo cui le limitazioni vanno calcolate con multipli di cinque, nel caso concreto una riduzione sociale va concessa nella misura massima del 25% e meglio con l’aggiunta del 10% per l’importante limitazione di peso a 5kg sopraggiunta nel frattempo e di ulteriori 5% per l’età dell’assicurato, la sua scarsa scolarizzazione [ed esperienza lavorativa non avendo mai lavorato tutto in ufficio] e la sua lunga permanenza lontano dal mondo del lavoro. (...)” (I, punto 13, pag. 13). L’insorgente ha quindi postulato, in via principale, la riforma della decisione impugnata con riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita dal 1. gennaio 2017 e, subordinatamente, il rinvio degli atti all’amministrazione affinché proceda agli ulteriori accertamenti necessari. Contestualmente egli ha chiesto di essere posto al beneficio dell’assistenza con gratuito patrocinio. 1.5. Con la risposta – ribadito che il danno alla salute ha origine infortunistica e che pertanto valgono le conclusioni mediche rese in quell’ambito –, l’Ufficio AI ha chiesto di respingere il ricorso. L’amministrazione, riguardo all’aspetto medico, ha osservato che “(...) a ragione l’Ufficio AI ha ripreso le conclusioni mediche rese in sede LAINF, ritenuto che il danno alla salute del signor RI 1 ha origini puramente infortunistiche ed è stato debitamente indagato dal competente assicuratore, il quale ha integrato nell’esame gli esiti del nuovo infortunio (caduta) di marzo 2014 (cfr. rapporti di visita medica circondariale del 24 febbraio 2012, 28 giugno 2012, 9 maggio 2014, 10 giugno 2014, 26 giugno 2014, apprezzamento medico del 18 dicembre 2014, inc. LAINF, doc. 40, 47, 53, 56, 63, 108). Va, da ultimo, rilevato che la _____ ha certificato nel rapporto del 30 maggio 2017 (inc. LAINF, doc. 140) la sovrapponibilità dello stato attuale dell’assicurato a quello evidenziato al momento della chiusura dell’infortunio del 2008, oggetto della sentenza dell’Alta Corte. In merito alla limitazione di peso si precisa che indicazioni soggettive non confermate da elementi clinici

obiettivi non sono atte a modificare le limitazioni funzionali. Si rileva che nel rapporto dell'8 maggio 2017 il dr. med. _____ ha ripreso le dichiarazioni espresse dall'assicurato in merito all'aumento di dolori al piede dovuto, verosimilmente, al clima (frequenti cambiamenti di tempo), ciò che non determina, evidentemente, una modifica delle limitazioni funzionali poste. Si ribadisce, pertanto, la completezza della valutazione medica espressa in ambito LAINF, valida nella definizione del caso del signor _____ anche in ambito AI in assenza di ulteriori problematiche infortunistiche ed extra-infortunistiche invalidanti. In merito alla problematica psichiatrica sollevata da controparte (cfr. inc. AI, doc. 80, annessi 4-5), lo scrivente Ufficio AI rileva che dagli atti trasmessi non emerge una problematica invalidante. In particolare, il certificato del 23 aprile 2015 del dr. med. _____, FMH Spec. in Chirurgia Ortopedica e Traumatologia, non specialista in ambito psichiatrico, indica "(...) sintomi compatibili con una lieve depressione (...)", mentre con scritto del 28 ottobre 2016 lo Psicoterapeuta ASP, sig. _____, che non è medico specializzato, indica un disagio psicologico reattivo ad uno stato di incertezza. In assenza di valutazione dell'aspetto psichiatrico resa da medici specialisti in materia secondo criteri ben stabiliti, l'asserita problematica psichiatrica è ritenuta ininfluenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato. (...)” (IV, pagg. 3 e 4). In merito all'aspetto economico, l'Ufficio AI ha rilevato che “(...) non può che reiterare i dati posti a confronto e le riduzioni attuate al reddito da invalido e ribadire la presenza di attività esigibili sul mercato libero del lavoro adeguate alle limitazioni funzionali indicate medicalmente. Si ribadisce che il calcolo economico, sovrapponibile a quello ritenuto da _____, è stato, confermato dal TCA e dal TF con le sentenze citate sopra e rese in ambito LAINF. Ulteriori riduzioni da attuare al reddito da invalido non si giustificano come risulta dalle valutazioni summenzionate. Per tale questione si rinvia integralmente alla decisione resa e alle valutazioni espresse a dossier (cfr. rapporti del SIP del 17 ottobre 2014, 8/14 giugno 2016 inc. AI, doc. 69, 100, 1 11). Lo scrivente Ufficio AI ribadisce che il signor RI 1 può sfruttare le sue conoscenze e competenze professionali in attività adeguate con piena abilità lavorativa e rimane a disposizione per l'aiuto al collocamento, come già più volte espresso. (...)” (IV, pag. 4).

1.6. Con scritto del 1. dicembre 2017, trasmesso con gli allegati all'Ufficio AI per osservazioni (VII), l'avv. RA 1 si è confermato nelle proprie allegazioni concludendo che “(...) tutto ben considerato, sempre che codesto lodevole Tribunale lo vorrà ritenere necessario, quale ulteriore mezzo di prova si chiede l'allestimento di una perizia lavorativa atta a stabilire se l'assicurato dispone effettivamente le qualifiche, le conoscenze, le potenzialità e più in generale di tutte le risorse necessarie per poter esercitare un'attività lavorativa altamente specializzata nell'ambito delle telecomunicazioni così come sostenuto dall'Ufficio AI. (...)” (VI, pag. 5).

1.7. Con osservazioni del 12 gennaio 2018, trasmesse per conoscenza all'avv. RA 1 (IX), l'Ufficio AI ha comunicato al TCA che “(...) in considerazione di quanto espresso con la decisione e ribadito con la risposta di causa, si ritiene di dover insistere nel chiedere la reiezione del ricorso. (...)” (VIII).

considerato in diritto 2.1. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni. L'insorgente postula il riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita dal 1. gennaio 2017 (cfr. consid. 1.4). In questo senso, nel petitum, l'avv. RA 1 chiede, in via principale, che “(...) la decisione contestata è riformata nel senso che a far tempo dal 1. gennaio 2017 al signor RI 1 è riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita d'invalidità. (...)” (I, pag. 15).

2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad

infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa. 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più

essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: “ (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)”. Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del

caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un’incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell’apprrezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 389). 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 (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 e 122 V 160 consid. 1c). 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 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a

un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale 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, consid. 5.3).

2.5. L'insorgente, come accennato (cfr. consid. 1.4), contesta la valutazione medica adducendo che l'amministrazione, da una parte, non avrebbe proceduto ai necessari accertamenti avuto riguardo al peggioramento indicato dal TCA al considerando 2.4 della STCA del 4 maggio 2015 (cfr. doc. 121/247-248 dell'incarto Lainf) e, dall'altra parte, nemmeno avrebbe considerato la problematica extra-infortunistica di natura psichiatrica. Tali censure non possono essere accolte da questo Tribunale per le seguenti ragioni. Innanzitutto il TCA rileva che nella STCA del 4 maggio 2015 (doc. 121/228-248 dell'incarto Lainf) non ha appurato – come sembrerebbe invece pretendere l'insorgente adducendo che il TCA "(...) invitava la _____ ad eseguire ulteriori accertamenti per il peggioramento sopraggiunto nel frattempo (...)” (I, punto 3, pag. 5, la sottolineatura è del redattore) – alcun peggioramento. Infatti – dopo aver confermato la valutazione dell'_____ secondo la quale l'insorgente è "(...) in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, l'attività d'impiegato di commercio nel settore delle telecomunicazioni, così come qualunque altra attività prevalentemente sedentaria, a condizione che egli abbia la possibilità di sgranchire le gambe per 5-10 minuti ogni due ore circa (...)” (doc. 121/241 dell'incarto Lainf) e richiamata la documentazione medica prodotta pendente causa e meglio: il certificato 18 novembre 2014 del chirurgo ortopedico dr. _____ (doc. 98/167-160 dell'incarto Lainf) e i referti 13 novembre 2014 e 18 febbraio 2015 dello specialista ortopedico dr. _____ (doc. 97/165-166 e 117/221 dell'incarto Lainf) – questo Tribunale si è limitato ad indicare che "(...) alla luce di quanto precede, l'Istituto assicuratore resistente è invitato a esaminare se la problematica interessante il piede destro di cui alla documentazione appena citata, è o meno suscettibile di giustificare il riconoscimento di ulteriori prestazioni. (...)” (doc. 121/248 dell'incarto Lainf). La succitata STCA del 4 maggio 2015 è stata confermata anche dal Tribunale federale (TF) il quale, nella STF 8C_402/2015 del 29 febbraio 2016 (doc. 130/291-296 dell'incarto Lainf), in particolare avuto riguardo alla

valutazione medica, ha rilevato che “(...) il ricorrente impertina a torto le sue censure sull'assioma secondo cui sia imperativo interpellare un consulente in integrazione professionale (DTF 140 V 193 consid. 3.2 pag. 196; sentenza 8C_545/2012 consid. 3.2.1, non pubblicato in DTF 139 V 28; sentenza 9C_739/2010 del 1° giugno 2011 consid. 2.3). Del resto, come rettamente concluso dal Tribunale delle assicurazioni, egli si è limitato a contestare genericamente l'apprezzamento del medico. [...] Per il resto, nella misura in cui è messo in evidenza un peggioramento, giova ricordare che la decisione su opposizione limita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220). Come rettamente riferito dai giudici ticinesi, spetterà quindi all'assicuratore esaminare tale problematica . (...)” (doc. 130/294-295). Dalla documentazione agli atti risulta che il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, nella nota 2 dicembre 2014, alla domanda volta a sapere se “(...) i documenti medici del dr. _____ e del dr. _____ prodotti dopo il 26.06.2014 contengono informazioni tali da costringerci a modificare il risultato dell'ultima VMC eseguita, rispettivamente l'apprezzamento SM datato 26.06.2014 mediante il quale abbiamo dichiarato l'assicurato abile al lavoro dal 26.6.2014 (...)”, ha risposto di “(...) No (...)” (doc. 104/186 dell'incarto Lainf). Sempre il dr. _____, nell'apprezzamento medico del 17 dicembre 2014 (doc.108/191-193 dell'incarto Lainf), si è così espresso: “(...) Nella valutazione del mese di maggio 2014 l'assicurato ha dichiarato di avere sempre un dolore su carico del calcagno a destra, meno a sinistra. Inoltre sente ancora una persistenza dei dolori alla rima articolare anteriore tibiotarsica e distalmente della circonferenza del malleolo laterale. Non si sentiva pronto a lavorare al 100% come proposto da parte della Suva. Oggettivamente si notava un piede blando, senza segni per recente trauma con un'artrodesi dell'articolazione talocalcaneara. Nella palpazione non lamentava dolori al malleolo mediale o laterale, solo nella regione della rima anteriore tibiotarsica. Si nota al confronto della sinistra una leggera diminuzione della mobilità tibiotarsica a destra. Altrimenti nessun segno per una irritazione nemmeno gonfiore o arrossamento e nemmeno segni per instabilità. Nel rapporto del dott. _____ dell'8.10.2014 viene menzionata una persistenza dei dolori alla caviglia destra. Era anche stata effettuata un'artroscopia alla caviglia ma non ha mostrato nulla di particolare. Il signor RI 1 si è presentato alla consultazione del dott. _____ per distorsione della caviglia su di un trauma di iperestensione e supinazione. Al mese di marzo aveva sofferto di un episodio simile. Oltre ai dolori cronici sussiste dunque una sintomatologia di instabilità. L'assicurato non ha mai potuto riprendere il suo lavoro al 100%. L'assicurato è anche stato inviato a _____ (Ospedale _____) senza che ne risultasse alcuna proposta concreta. Nella visita presso il dott. _____ si nota unicamente un dolore alla palpazione a livello mediale, centrale e laterale dell'inserzione prossimale della fascia plantare. Lieve dolorabilità a livello della caviglia, a livello dei malleoli laterale e mediale. Non evidente instabilità antero-posteriore o della sindesmosi distale della caviglia. Test di Silverskjöld positivo. Nell'esame radiologico dell'8.04.2014 e nella risonanza magnetica della caviglia destra del giugno 2014 si nota una consolidazione ossea in sede di artrodesi e un lieve versamento a livello della tibiotarsica con una lieve tendinosi achillea in sede distale. Si propone una terapia conservativa con stretching. Come ho appurato nella mia visita del mese di maggio 2014 si nota una situazione paragonabile con quella delle due visite. Anche il dott. _____ non ha trovato una instabilità della caviglia a parte un probabile accorciamento della muscolatura/tendine di Achille, nessuna altra patologia nell'artrodesi dell'articolazione sottoastragala. Quindi la situazione è paragonabile ed invariata a confronto della mia

visita del mese di maggio 2014. Le due visite presso i nostri colleghi non hanno apportato una ragione che possa cambiare la nostra presa di posizione. Si ricorda che l'assicurato lavora in qualità di impiegato di commercio dove l'attività lavorativa risulta prevalentemente sedentaria ma sicuramente con la possibilità di sgranchire sia il piede che la gamba almeno ogni 1-2 ore e l'assicurato può essere considerato abile nella misura completa. Anche le 2 contusioni avvenute nel corso del 2014 non hanno portato ad una patologia che non permette di eseguire questo tipo di lavoro. In conclusione quindi confermo che questo assicurato, secondo la mia valutazione, può essere giudicato abile in misura completa per l'attività prevalentemente sedentaria con possibilità di sgranchire le gambe e di cambiare la posizione del piede ogni 5-10 minuti. Per la sua attività rimane l'esigibilità descritta in occasione della visita di chiusura del 26.06.2012. (...)” (doc. 108/192-193 dell'incarto Lainf, sottolineature del redattore). Avuto riguardo alla documentazione medica prodotta dall'avv. RA 1 nell'ambito delle osservazioni 2 novembre 2016 al progetto di decisione 13 ottobre 2016 (cfr. doc. AI 74/144-146 e 80/155-160) – trattasi del rapporto 17 settembre 2015 del “Consulto del 15.09.2015” e del certificato medico del 23 aprile 2015 del dr. _____ (doc. AI 80/157 e 80/159), della risposta del 18 settembre 2015 della _____ in merito all'intervento richiesto dal dr. _____ (doc. AI 80/158) e del rapporto del 28 ottobre 2016 dello psicoterapeuta _____ (doc. AI 80/160) –, l'Ufficio AI ha ordinato una visita medica presso il SMR (doc. AI 82/163-164). Il dr. _____, nel rapporto finale SMR del 1. giugno 2017 (doc. AI 104/202-204, che ha completato quello precedente del 16 dicembre 2016; cfr. doc. AI 84/166-168 e 99/194-195), ha posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: “(...) Esiti di frattura bilaterale del calcagno (2008). Esiti di osteosintesi del calcagno bilaterale. Esiti di artrodesi talo-calcaneare destra il 20.09.2010. Esiti di distorsione della caviglia destra il 28.03.2014 e 8.10.2014. Dolore in regione tibio-tarsica centrale e distale del malleolo laterale. Probabile accorciamento della muscolatura/tendine di Achille con possibile prossimo intervento chirurgico (...)” e, senza influsso sulla capacità lavorativa, quella di “(...) Sindrome ansioso depressiva (...)” (doc. AI 104/202). Nelle “Osservazioni conclusive” il medico SMR ha, in particolare, rilevato che “(...) abbiamo avuto l'occasione di incontrare quest'oggi l'Assicurato. Il quadro clinico e funzionale è comparabile a quello descritto nelle varie documentazione mediche agli atti sulle quali concordiamo. Egli deve sempre far ricorso a terapia analgica orale per far fronte alle sofferenze dettate dalla caviglia soprattutto di destra. La professione di rappresentante venditore non può essere più medicalmente esigibile già da almeno due anni, mentre una attività prevalentemente sedentaria non presenta alcuna limitazione sulla misura della CL, se non le limitazioni funzionali sovraesposte. (...)” (doc. AI 104/2014, le sottolineature sono del redattore). Quanto al rapporto dell'8 maggio 2017, nel quale il dr. _____ ha indicato un nuovo aumento dei dolori riferitogli (cfr. doc. AI 105/206), nell'annotazione del 14 giugno 2017 il dr. _____ ha ritenuto di diminuire il limite di carico da 10 a 5 kg (cfr. doc. AI 107/208). Al riguardo a ragione l'Ufficio AI ha osservato, e questo Tribunale può fare proprio, che “(...) In merito alla limitazione di peso si precisa che indicazioni soggettive non confermate da elementi clinici obiettivi non sono atte a modificare le limitazioni funzionali. Si rileva che nel rapporto dell'8 maggio 2017 il dr. med. _____ ha ripreso le dichiarazioni espresse dall'assicurato in merito all'aumento di dolori al piede dovuto, verosimilmente, al clima (frequenti cambiamenti di tempo), ciò che non determina, evidentemente, una modifica delle limitazioni funzionali poste. (...)” (IV, punto 3, pag. 3, la sottolineatura è del redattore). Nell'ambito delle osservazioni del 9 e 16 agosto 2017 al

progetto di decisione del 4 agosto 2017 che annulla e sostituisce quello del 13 ottobre 2016 (cfr. doc. AI 110/211-216, 114/221 e 115/223-224), l'avv. RA 1 non ha prodotto ulteriore documentazione medica e, nell'annotazione del 3 ottobre 2017, il dr. _____ ha, giustamente, rilevato che "(...) la nuova documentazione ricevuta [ndr.: si riferisce alle osservazioni del 6 e 16 agosto 2017], in assenza di certificazione medica, non permette di oggettivare un possibile cambiamento dello stato di salute tale da poter entrare nel merito di una nuova rivalutazione clinica. (...)'" (doc. AI 122/237). Viste le suesposte risultanze e conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4), questo Tribunale deve pertanto concludere che, fatto salvo il periodo dal 26 marzo al 25 giugno 2014, dal 26 giugno 2012 l'insorgente è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal dr. _____ nel rapporto finale SMR del 1. giugno 2017, e meglio un'attività prevalentemente sedentaria, che non richieda il sollevamento di carichi superiori ai 10 kg, che alterni la postura al bisogno e che gli permetta di effettuare pause supplementari. Detta valutazione ricalca sostanzialmente quella già formulata dall' _____, confermata da questo Tribunale nella STFA del 4 maggio 2015, secondo la quale l'insorgente è "(...) in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, l'attività d'impiegato di commercio nel settore delle telecomunicazioni, così come qualunque altra attività prevalentemente sedentaria, a condizione che egli abbia la possibilità di sgranchire le gambe per 5-10 minuti ogni due ore circa (...)'" (doc. 121/241 dell'incarto Lainf). In questo senso, ribadito che la valutazione espressa nel succitato rapporto finale SMR del 1. giugno 2017 ricalca sostanzialmente quella già formulata dall' _____, questo Tribunale deve concludere che il peggioramento dello stato di salute indicato dal dr. _____ "(...) a causa delle due ulteriori distorsioni alla caviglia e all'accorciamento del tendine d'Achille, rispetto al 2012 (...)'" (doc. AI 104/2014), non ha avuto delle ripercussioni rilevanti sui limiti funzionali in un'attività adeguata. Del resto, se nel rapporto del 17 settembre 2015 il dr. _____ ha indicato che "(...) sarebbe ora interessato ad effettuare l'intervento del gastrocnemio. A questo proposito chiedo alla _____, che mi legge in copia, di voler accordare il proprio benessere e al dr. _____ di voler ri-convocare il paziente per organizzare l'intervento. (...)'" (doc. AI 80/157), lo stesso specialista, nel rapporto dell'8 giugno 2017, ha precisato che "(...) gli ho spiegato che attualmente non vedo soluzioni chirurgiche suscettibili di migliorare la situazione e gli ho dunque unicamente proposto di procurarsi dei nuovi plantari che possono diminuire la sintomatologia. Ho anche fatto una prescrizione per Ponstan e Voltaren gel e gli ho proposto di ricontattarmi se la situazione non dovesse migliorare. (...)'" (doc. AI 105/206). Quanto sopra esposto vale anche avuto riguardo all'aspetto extra somatico. In effetti – ricordato che le valutazioni di medici non specialisti in materia non possono per giurisprudenza avere pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti) e conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3) – , questo Tribunale deve concludere che a ragione il dr. _____, nel rapporto finale SMR del 1. giugno 2017 (doc. AI 104/202-2014), ha ritenuto la sindrome ansioso-depressiva quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa e può fare proprio quanto addotto dall'amministrazione e meglio che "(...) in merito alla problematica psichiatrica sollevata da controparte (cfr. inc. Al, doc. 80, annessi 4-5), lo scrivente Ufficio Al rileva che dagli atti trasmessi non emerge una problematica invalidante. In particolare, il certificato del 23 aprile 2015 del dr. med. _____, FMH Spec. in Chirurgia Ortopedica e Traumatologia, non specialista in ambito psichiatrico, indica "(...) sintomi compatibili con una lieve

depressione (...)", mentre con scritto del 28 ottobre 2016 lo Psicoterapeuta ASP, sig. _____, che non è medico specializzato, indica un disagio psicologico reattivo ad uno stato di incertezza. In assenza di valutazione dell'aspetto psichiatrico resa da medici specialisti in materia secondo criteri ben stabiliti, l'asserita problematica psichiatrica è ritenuta ininfluenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato. (...)" (IV, punto 3, pag. 4). Va inoltre evidenziato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018, consid. 2.7 con riferimenti). L'insorgente, in concreto, si è limitato a sostenere che "(...) sotto il profilo medico la decisione dell'Ufficio AI non merita conseguentemente conferma ed in particolare rendendosi necessari ulteriori accertamenti perlomeno bidisciplinari sia con riferimento al peggioramento riscontrato al piede sia con riferimento allo stato di salute psichiatrico. (...)" (I, punto 13, pag. 13). Stante tutto quanto precede questo Tribunale deve pertanto concludere che, avendo il danno alla salute origine infortunistica, valgono le conclusioni mediche rese in quell'ambito confermate nel rapporto finale SMR del 1. giugno 2017 in assenza di elementi extra-infortunistici (in particolare di una patologia extra somatica) invalidanti. 2.6. In merito alla valutazione economica, ricordato, da una parte che l'insorgente ha domandato il riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita dal 1. gennaio 2017 (cfr. consid. 2.1; pertanto il TCA effettuerà il calcolo del grado d'invalidità valido per quell'anno) e, dall'altra parte, che ha contestato i redditi da valido e da invalido pretendendo una riduzione sociale del 25% (cfr. consid. 1.4), questo Tribunale rileva quanto segue. 2.6.1 Reddito da valido Quanto al reddito da valido, già fissato da questo Tribunale per il 2012 in fr. 102'200.-- e confermato dal TF (cfr. doc. 121/243 e 130/295 dell'incarto Lainf), il TCA non ha alcun motivo per scostarsi da detto importo. In particolare, non è possibile concludere diversamente per il solo fatto che l'Ufficio AI, il 9 marzo 2017, ha interpellato la ditta _____ di _____ (doc. AI 93/185), che ha risposto il 20 marzo 2017 (doc. AI 93/186-187). Basti qui evidenziare che al momento della ricaduta del 23 febbraio 2010 il datore di lavoro era la _____ di _____ che, nel rispettivo annuncio (doc. 19/20 dell'incarto Lainf), ha indicato fr. 8'333.35 quale salario mensile. Su questa base la _____, nel rapporto del 7 luglio 2014 (doc. 70/102-108) – evidenziato che "(...) al momento della ricaduta del 23.02.2010 il sig. RI 1 era dipendente della ditta _____ come Account manager. Il salario 2010, secondo annuncio della ricaduta, ammontava a CHF 8'333.35 x 12m, pari a SHF 100'000.20 annui. In considerazione che tale ditta è fallita, il salario da valido è rivalutato nominalmente. (...)" (doc. 70/102 dell'incarto Lainf) –, ha proceduto come segue "(...) Tabella T1.1.10, ramo J (informazione e comunicazione. 2010: 100.0 2012: 102.2. CHF 100'000.20 x 102.2/100 = 102'200.20. (...)" (doc. 70/102 dell'incarto Lainf). In questo senso non può essere seguito l'insorgente laddove pretende che "(...) per quanto attiene l'aspetto economico, a contrario di quanto ha indicato l'ufficio AI quale reddito da valido concretamente va preso in considerazione l'importo di fr. 115'000.- e meglio così come

recentemente ancora segnalato dal datore di lavoro per il caso in cui l'assicurato fosse rimasto alle sue dipendenze [o meglio reinserito nell'ambito delle differenti fusioni e riorganizzazioni] (cfr. doc. H). (...)” (I, punto 14, pag. 14). Procedendo all’aggiornamento dei dati, nel 2017, il reddito da valido si attesta in fr. 105'298.02 (fr. 102'200 validi per il 2012, aumentati, in base alla tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, ramo economico J 58-63 Servizi di informazione e comunicazione, dello: 1.2% per il 2013, 1% per il 2014, 0% per il 2015 e 0.4% per il 2016; per il 2017 l’aumento è dello 0.4, ossia la variazione annua dell’indice svizzero dei salari (cifra definitiva) secondo la “Stima trimestrale” edita dall’Ufficio federale di statistica) .

2.6.2. Reddito da invalido Quanto al reddito da invalido – nella STCA del 4 maggio 2015 (doc. 121/228-248 dell’incarto Lainf), confermata dal TF nella STF del 29 febbraio 2016 (doc. 130/291-296 dell’incarto Lainf) –, questo Tribunale, per il 2012, aveva già confermato l’applicazione della Tabella TA1 2010 e considerato il reddito per il ramo economico 61, Telecomunicazioni, livello di qualifica 3, conoscenze professionali e specializzate, adducendo che “(...) ciò è giustificato dal fatto che, dopo aver conseguito la maturità commerciale presso la Scuola _____ di _____, l’assicurato ha lavorato per quasi un trentennio nel ramo delle telecomunicazioni, anche con mansioni di responsabilità (...)” (doc. 12/246 dell’incarto Lainf). Anche per il 2017 il TCA non ha alcun motivo per scostarsi da tale modo di procedere. In particolare, non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alle dichiarazioni delle ditte attive nel settore delle telecomunicazioni prodotte con il ricorso (doc. da E a G). Infatti, si tratta di dichiarazioni relative a tre sole ditte perlopiù attive nel mercato del lavoro ticinese. Al riguardo occorre ricordare che in difetto di indicazioni economiche concrete, sono applicabili 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). In concreto, partendo dalla Tabella TA1 2014, ramo economico 61 telecomunicazioni, livello 2 (attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l’elaborazione dei dati e l’amministrazione, l’utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza, i trasporti), che corrisponde al precedente livello 3 (conoscenze professionali e specializzate); in argomento vedi la STF 8C_457/2019 dell’11 ottobre 2017, consid. 6.3 e le STCA 32.2017.155 del 5 aprile 2018 consid. 2.5.1 e 35.2017.142 del 3 aprile 2018 consid. 2.7.1) , si ottiene un reddito statistico, per quell’anno, pari a fr. 70'500.-- (fr. 5'875 x 12). Procedendo all’aggiornamento di detto importo (fr. 70'500 aumentati, (in base alla tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, ramo economico J 58-63 Servizi di informazione e comunicazione, per il 2016, moltiplicando per 104.9 e dividendo per 104.5, considerate (secondo la Tabella T 03.02.01.04.01 durata normale del lavoro nelle imprese secondo la divisione economica) 40.4 ore di lavoro settimanali per la divisione economica 61 telecomunicazione e aumentati ancora, per il 2017, dello 0.4%, ossia la variazione annua dell’indice svizzero dei salari (cifra definitiva) secondo la “Stima trimestrale” , atti editi dall’Ufficio federale di statistica) il reddito statistico da invalido si attesta a fr. 71'763.46. Nel ricorso l’insorgente postula una riduzione del reddito da invalido del 25% adducendo che occorre aggiungere alla deduzione del 10% riconosciuta dalla _____ e dall’Ufficio AI, un’ulteriore deduzione “(...) del 10% per l’importante limitazione di peso a 5kg sopraggiunta nel frattempo e di ulteriori 5% per l’età dell’assicurato, la sua scarsa scolarizzazione [ed esperienza lavorativa non avendo mai lavorato tutto in ufficio] e la sua lunga permanenza lontano dal mondo del lavoro. (...)” (I, punto 13, pag. 13). 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). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). In concreto – ribadito che il danno alla salute è di natura esclusivamente infortunistica (cfr. consid. 2.5) – questo Tribunale non ha alcuna ragione per scostarsi dalla riduzione del 10% riconosciuta dalla _____, già stabilita dal TCA con la STCA del 4 maggio 2015 (doc. 121/228-248 dell'incarto Lainf), confermata dal Tribunale federale con la STF del 29 febbraio 2016 (doc. 130/291-296 dell'incarto Lainf). In particolare, per quanto riguarda la pretesa ulteriore deduzione del 10% per l'aumento importante delle limitazioni del peso, questo Tribunale ribadisce che, rettamente, l'Ufficio AI ha osservato che “(...) In merito alla limitazione di peso si precisa che indicazioni soggettive non confermate da elementi clinici obiettivi non sono atte a modificare le limitazioni funzionali. Si rileva che nel rapporto dell'8 maggio 2017 il dr. med. _____ ha ripreso le dichiarazioni espresse dall'assicurato in merito all'aumento di dolori al piede dovuto, verosimilmente, al clima (frequenti cambiamenti di tempo), ciò che non determina, evidentemente, una modifica delle limitazioni funzionali poste. (...)” (IV, punto 3, pag. 3, la sottolineatura è del redattore). Pertanto non va concessa alcuna ulteriore deduzione per questa ragione. Circa la riduzione per l'età, la scarsa scolarizzazione e la lunga permanenza lontano dal mondo del lavoro il TCA osserva quanto segue. Già nella STCA del 4 maggio 2015 (doc. 121/228-248 dell'incarto Lainf) il TCA ha confermato l'applicazione della Tabella TA1 2010 e ha considerato il livello di qualifica 3, adducendo che “(...) ciò è giustificato dal fatto che, dopo aver conseguito la maturità commerciale presso la Scuola _____ di _____, l'assicurato ha lavorato per quasi un trentennio nel ramo delle telecomunicazioni, anche con mansioni di responsabilità (...)” (doc. 12/246 dell'incarto Lainf). Non si può pertanto parlare di scarsa scolarizzazione e nemmeno può quindi essere

riconosciuta una deduzione a questo titolo. Circa l'età (l'insorgente è nato nel 1958), il TF ha già avuto modo di stabilire che essa non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma incide favorevolmente su di esso (STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009 consid. 6.2). Nella STF 9C_17/2018 il TF ha ribadito che la lontananza dal mondo del lavoro non è determinante per stabilire un eventuale riduzione nel contesto di un'attività semplice e ripetitiva (cfr. anche le STF 9C_777/2015 del 12 maggio 2016, 8C_351/2014 del 14 agosto 2014 e 8C_594/2011 del 20 ottobre 2011 ivi citate). Anche in questo caso, dove va applicato il livello 2 delle competenze – e meglio: attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l'elaborazione dei dati e l'amministrazione, l'utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza, i trasporti – questo Tribunale ritiene che non sia giustificata alcuna riduzione supplementare. Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 10% sia adeguato e ciò tenendo anche conto delle limitazioni funzionali indicate dal medico SMR. Non v'è quindi alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. Applicata la riduzione del 10% il reddito da invalido, per il 2017, ammonta quindi a fr. 64'587.11 (71'763.46 ridotti del 10% = 64'587.11).

2.6.3. Confrontando il reddito da invalido di fr. 64'587.11 (cfr. consid. 2.6.2) con quello da valido di fr. 105'298.02 (cfr. consid. 2.6.1), si ottiene un grado d'invalidità del 39% ($[105'298.02 - 64'587.11] \times 100 : 105'298.02 = 38.66\%$ arrotondato al 39% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) ed è quindi a giusta ragione che, per il 2017, non è stato riconosciuto il diritto ad una rendita ai sensi dell'art. 28 cpv. 2 LAI. Va qui rilevato che, se per ipotesi di lavoro, si volesse utilizzare il valore totale livello 2 uomini, il risultato non cambierebbe. Infatti, in questo caso, il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 64'538.81 e il grado d'invalidità sarebbe del 39% ($[105'298.02 - 64'538.81] \times 100 : 105'298.02 = 38.70\%$ arrotondato al 39% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) .

2.6.4. Il ricorrente, come accennato (cfr. consid. 2.6), ha postulato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. gennaio 2017. Abbondanzialmente, come si vedrà qui di seguito, il ricorrente non ha del resto diritto ad alcuna rendita neppure per gli anni precedenti come anche calcolato dall'Ufficio AI. Per quanto concerne il 2012, il TCA ha già stabilito, nella STCA del 4 maggio 2015 confermata dal TF con la STF del 29 febbraio 2016 (cfr. doc. 121/228-248 e 130/291-296 dell'incarto Lainf), un grado d'invalidità del 6%. Per il 2013 il reddito da invalido di fr. 73'842.39 va raffrontato con quello da valido di fr. 103'426.40 per un grado d'invalidità del 28.60% arrotondato al 29%; per il 2014 e il 2015 (anni in cui non vi è stata alcuna variazione dei redditi secondo la tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016) occorre raffrontare fr. 64'084.50 con fr. 104'460.66 e si ottiene un grado d'invalidità del 38.65% arrotondato al 39% e per il 2016 occorre raffrontare fr. 64'329.79 con fr. 104'878.50 e si ottiene un grado d'invalidità del 38.66% arrotondato al 39%.

2.7. Riguardo alla formazione professionale la consulente in integrazione professionale, nel rapporto del 17 ottobre 2014, ha evidenziato che "(...) a livello professionale l'A. ha acquisito diverse conoscenze come account manager. L'account manager è colui che si occupa di ampliare il portafoglio clienti del committente e di gestire nuovi rapporti commerciali con la clientela già acquisita. È una figura con responsabilità gestionali, in grado di: sviluppare importanti accordi commerciali con il pacchetto clienti già esistente ed incidere, in maniera positiva, sul business e sul budget aziendali. L'account management è un ambito professionale dalle mille sfaccettature dove si può operare in diversi settori economici con vari ruoli e con differente gradi di responsabilità. Dal CV si

evinces inoltre che l'A. abbia buone conoscenze linguistiche (lingue nazionali) e conoscenze basi dell'inglese. Si reputa pertanto che l'A. abbia sicuramente le competenze per effettuare un lavoro amministrativo. Pur vero che son diversi anni che l'A. è assente dal mercato del lavoro e necessiterà sicuramente un sostegno per essere reintegrato. A tale proposito, se lo desidera, l'UAI può rimanere a disposizione per un aiuto al collocamento. Si rammenta che con l'applicazione dell'art. 18 LAI vi è pure la possibilità di effettuare un lavoro a titolo di prova (per la durata massima di sei mesi) in cui l'A. potrà recuperare i ritmi, orari, conoscenza attività, ecc. (...)" (doc. AI 69/137-138). Sempre la medesima consulente in integrazione professionale, nel rapporto dell'8 giugno 2017 (doc. AI 100/196-198), circa i provvedimenti professionali AI, ha puntualizzato che "(...) come già annunciato nel rapporto SIP precedente se l'A. lo desidera l'UAI rimane a disposizione per un aiuto al collocamento. Considerando che può sfruttare le sue competenze professionali non si entra nel merito ad una nuova formazione. (...)" (doc. AI 100/198). Considerata la suesaposta valutazione espressa da una persona cognita in materia, questo Tribunale non ha alcuna ragione per scostarsi dalla medesima e può pertanto respingere la domanda di allestimento di una "(...) perizia lavorativa atta a stabilire se l'assicurato dispone effettivamente le qualifiche, le conoscenze, le potenzialità e più in generale di tutte le risorse necessarie per poter esercitare un'attività lavorativa altamente specializzata nell'ambito delle telecomunicazioni così come sostenuto dall'Ufficio AI. (...)" (VI, pag. 5), formulata dall'insorgente. Al riguardo, va ricordato che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.8. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.9. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.10. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. consid. 1.3). 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. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. 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 3a ed., 2015, ad art. 61, n. 173, pagg. 828-829). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (Lag), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 173 segg.) – 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 consid. 4a e 372 consid 5b con riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, visto l'apprezzamento medico del 17 dicembre 2014 del dr. _____ (doc. 108/191-193 dell'incarto Lainf) e quello del dr. _____ nel rapporto finale SMR del 1. giugno 2017 (doc. AI 104/201-2014), secondo i quali, in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti, la capacità lavorativa è totale dal 26 giugno 2014 e viste le annotazioni sempre del dr. _____ del 14 giugno e del 3 ottobre 2017 (doc. AI 107/208 e 122/237), all'assicurato, oltretutto patrocinato, non poteva sfuggire che avrebbe dovuto debitamente documentare un eventuale peggioramento della sua situazione valetudinaria dopo le ulteriori valutazioni espresse dall'amministrazione. Ne segue che la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. La domanda d'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è respinta . 3. Le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico del ricorrente. 4. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente
Cattaneo

Il segretario Daniele
Gianluca Menghetti