

TI_GERICHTE 32.2017.51 vom 21. Februar 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-02-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.51

FR: TI_GERICHTE 32.2017.51 du 21 février 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.51 del 21 febbraio 2017

Regeste

Grado d'invalidità non pensionabile. Conferma della perizia SAM con complemento. Valutazione economica (reintegrabilità, mercato equilibrato del lavoro e raffronto dei redditi)

Erwägungen

E. 50

metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure spesso camminare su terreno accidentato, può molto spesso salire le scale, di rado salire su scale a pioli. Dal lato psichiatrico sono esigibili attività lavorative adatte alla situazione fisica nota e compatibili con l'età, il livello culturale ed i limiti funzionali dell'A. (da evitare attività che richiedano una grande flessibilità e buone competenze sociali). Dal punto di vista neurologico l'A. non presenta limitazioni funzionali. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. Dal lato reumatologico possiamo riconfermare una capacità lavorativa sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto-nove ore, con un rendimento massimo del 100%, per un lavoro adatto allo stato di salute, tenente pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico menzionati al capitolo 9.1.1, a decorrere dal 21.8.2012, come già stabilito nella precedente valutazione peritale reumatologica, redatta l'11.10.2013. E' giustificata un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività dal 14.5.2014 al 14.8.2014 nell'ambito dell'intervento chirurgico subito alla spalla sin. necessitante un periodo di riabilitazione funzionale. Dal lato psichiatrico l'A. risulta abile nella misura dell'80-85% anche in altre attività teoricamente esigibili, valida dal 23.8.2013, cioè dal momento della presa a carico presso lo psichiatra curante Dr. med. _____. Dal lato neurologico l'A. presenta una capacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività lavorativa. Complessivamente l'A. presenta attualmente una capacità lavorativa globale dell'80% in attività adeguata, unicamente per motivi psichiatrici. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. L'attuale capacità lavorativa globale dell'80% in attività adeguata va intesa come lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto-nove ore, con una diminuzione del rendimento del 20%. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Rimandiamo al capitolo 9.1.2.1. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Eventuali pause supplementari sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? L'attuale

capacità lavorativa globale dell'80% in attività adeguata è valida dal 23.8.2013 (inizio della presa a carico presso lo psichiatra curante Dr. med. _____). E' giustificata un'inabilità lavorativa totale dal 14.5.2014 al 14.8.2014 nell'ambito dell'intervento chirurgico subito alla spalla sin. necessitante una riabilitazione funzionale. In seguito l'A. presenta nuovamente una capacità lavorativa globale dell'80% in attività adeguata. Per il periodo precedente possiamo codificare la seguente capacità lavorativa: - capacità lavorativa dello 0% dal 21.10.2011 al 20.8.2012, come riconosciuto dalla _____ con decisione del 20.9.2012, - capacità lavorativa del 100% dal 21.8.2012 al 22.8.2013 in attività lavorativa adeguata.

9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. Come casalingo l'A. presenta una capacità lavorativa globale del 90% dal 23.8.2013 per i motivi psichiatrici e reumatologici sopra descritti. E' giustificata un'inabilità lavorativa totale dal 14.5.2014 al 14.8.2014 per i motivi descritti in precedenza. Per il periodo precedente, dal 21.8.2012 al 22.8.2013 l'A. presenta una capacità lavorativa del 95% come casalingo. Per il periodo precedente dal 21.10.2011 al 20.8.2012 presenta un'inabilità lavorativa completa come casalingo.

9.2 Reintegrazione professionale

9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? Sì.

9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? A partire da subito.

9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Rimandiamo al capitolo 9.1.1.

9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Consigliamo l'aiuto da parte dell'Ufficio Regionale di collocamento nella ricerca di un'attività confacente. In considerazione del fatto che l'A. non lavora più da quattro anni, potrebbe essere utile un graduale aumento della capacità lavorativa residua.

9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A.

9.3.1 Adeguatezza della terapia attuale, esigibilità di una terapia adeguata secondo le linee guida? Dal lato reumatologico consigliamo all'A. di proseguire con una riabilitazione funzionale della spalla sin. Egli potrebbe inoltre beneficiare di un riequilibrio e ricondizionamento della muscolatura. Come già discusso dal Dr. med. _____ nell'ambito della precedente perizia reumatologica del 2013, la presenza di una tendenza fibromialgica, di una sintomatologia del dolore cronico, induce a proporre l'introduzione di una farmacoterapia algomodulatoria centrale, attualmente non in corso, atta ad aumentare la soglia del dolore. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica consigliamo il mantenimento di una presa a carico psichiatrica, rilettura e ridefinizione dei significati e costruzione di alternative di funzionamento possibili, nonché una farmacoterapia idonea, eventualmente da rintracciare in corso di un ricovero in ambiente psichiatrico per registrare eventuali effetti collaterali e giungere ad una terapia di reale aiuto alla questione. La terapia appare esigibile. Dal lato neurologico non abbiamo proposte terapeutiche.

9.3.2 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Impossibile rispondere, da valutare nel decorso.

9.3.3 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) No.

10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

10.1 Altri quesiti del medico SMR. Alle domande supplementari del Dr. med. _____, Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI, abbiamo già risposto ai capitoli precedenti.

10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Non fa al caso. Consigliamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, di inviare copia della nostra perizia ai medici curanti, affinché siano informati sulle conclusioni peritali e sui consigli dei nostri consulenti. (...)"

(doc. AI 96/338-345) Il dr. _____ del SMR, con rapporto finale del 23 novembre 2015 (doc. AI 97/392-396), poste le diagnosi riconosciute dal SAM con influsso sulla capacità lavorativa e confermato un periodo d'inabilità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 21 ottobre 2011 al 20 agosto 2012 (SUVA), ha concluso per un'incapacità lavorativa nell'attività abituale del 25% dal 21 agosto 2012 al 22 agosto 2013, del 30% dal 23 agosto 2013 al 13 maggio 2014, del 100% dal 14 maggio al 14 agosto 2014 e del 30% dal 15 agosto 2014 in avanti e in un'attività adeguata dello 0% dal 21 agosto 2012 al 22 agosto 2013, del 20% dal 23 agosto 2013 al 13 maggio 2014, del 100% dal 14 maggio al 14 agosto 2014 e del 20% dal 15 agosto 2014 in avanti. Dalla nota per l'incarto del 10 marzo 2016 (redatta dopo la precedente convocazione del 25 febbraio 2016 sub. doc. AI 98/397-398) risulta che il consulente AI "(...) in data odierna ha incontrato l'assicurato. Spiegato a che punto si trova la pratica, la CGR (come si calcola), le % di IL e il diritto a PPR. Dopo analisi/discussione, siamo giunti che sia opportuno seguire il percorso CAP. Fissato appuntamento conoscitivo con Dir. _____ per mercoledì 23.3.2016 ore 10.00. (...)" (doc. AI 102/402). La dr.ssa _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, l'8 giugno 2016 ha trasmesso all'Ufficio AI un certificato medico rilasciato lo stesso giorno (doc. AI 111/412-413, 112/414 e 113/415). Al riguardo il medico SMR dr. _____, nell'annotazione del 13 giugno 2016, ha concluso che lo stesso "(...) non mostra una modifica dello stato di salute. (...)" (doc. AI 119/423). Sulla base di detto certificato l'Ufficio AI, con e-mail dell'8 giugno 2016, ha comunicato all'avv. _____ (all'epoca legale dell'insorgente) che "(...) sulla base dell'ultimo certificato medico della dottoressa _____, l'assicurato signor RI 1 dovrà partecipare al percorso di accertamento presso il CAP di _____. Esso è previsto dal 4 luglio al 29 luglio 2016 (4 settimane). (...)" (doc. AI 114/416-417). L'avv. _____, con scritto del 14 giugno 2016, ha chiesto all'Ufficio AI "(...) di voler momentaneamente sospendere il percorso di accertamento presso il CAP di _____ è ciò a seguito del rilevante pregiudizio di salute che oggi stesso l'assicurato mi ha ancora fatto presente e meglio così come attestato dalla documentazione medica trasmessa alla vostra attenzione. (...)" (doc. AI 120/424-425). Il consulente in integrazione, nel rapporto finale SIP del 15 giugno 2016 (doc. AI 122/429-431), circa l'attività esigibile adeguata senza riformazione specifica e all'analisi della reintegrabilità si è così espresso: "(...) L'assicurato, di anni 47, presenta una capacità lavorativa medico-teorica del 70% in attività abituale (meccanico-manovale) e dell'80% in attività adeguata. Abbiamo proposto al fine di valutare la sua capacità lavorativa effettiva, un percorso CAP che è stato rifiutato in quanto, secondo l'assicurato, sconsigliato dai suoi medici. Qui nasce un'incompatibilità di dichiarazioni da parte dei suoi medici curanti, che interpellati non dicono proprio ciò. Interpellato il nostro SMR, le % di IL vengono confermate come da rapporto finale SMR del 23.11.2015. Pure un accertamento pratico in azienda viene rifiutato dall'assicurato, sempre riferendosi al "divieto" da parte dei suoi medici. A questo punto, sulla base esclusiva del rapporto finale SMR del 23.11.2015 unitamente alla annotazione in GED del dott. _____, datata 13.6.2016, ritengo l'assicurato reintegrabile nella misura massima del 70% in attività abituale, attività che conosce già, rispettando i suoi limiti funzionali (max 5 kg). Potrebbe pure lavora in attività adeguata, quale p.es. magazziniere, nella misura massima del 80%, rispettando sempre i suoi limiti funzionali (5 kg). (...)" (doc. AI 122/431). L'avv. _____ il 30 giugno 2016 ha scritto all'Ufficio AI quanto segue: "(...) faccio riferimento ai nostri incarti citati a margine e come convenuto telefonicamente con la presente le confermo che assieme al signor RI 1 presenzierò ad un colloquio nei vostri Uffici il prossimo martedì 12 luglio 2016

alle ore 15.00. Per quanto attiene alla convocazione presso il centro d'accertamento professionale con la presente le chiedo cortesemente di voler annullare la convocazione prevista per lunedì 4 luglio 2016 e di segnalare, per eventuali prossime convocazioni, di voler debitamente informare anche il sottoscritto patrocinatore. Dopo l'incontro nei vostri Uffici e dopo la visione dei vostri atti, con debita spiegazione all'assicurato pure sarà possibile valutare un eventuale prossima convocazione. Al momento attuale non mi è stato purtroppo possibile giungere a soluzioni differenti. (...)" (doc. AI 125/434). Dal "Verbale incontro del 12.7.2016" dello stesso giorno, presenti l'assicurato, sua moglie, l'avvocato _____ e il suo assistente, risulta che "(...) lo scopo dell'incontro era quello di valutare il possibile inserimento dell'assicurato in un percorso CAP. E' stato spiegato a tutti i presenti che al momento sussiste, secondo rapporto finale SMR del 23.11.2015, una capacità lavorativa medico-teorica del 70% in attività abituale (manovale) e del 80% in attività adeguata. L'avvocato chiede di visionare la perizia SAM che però non viene autorizzata dal segretario ispettore in quanto ancora in istruttoria. A questo punto, l'avvocato chiede espressamente che gli venga spedita affinché egli possa consigliare al meglio il suo cliente sul procedere (CAP sì o CAP no). L'assicurato ribadisce che lui non riuscirebbe a fare nessun lavoro in quanto si bloccherebbe con la schiena. Spiega che deve fare spesso iniezioni per il dolore. Purtroppo senza perizia SAM l'avvocato non si esprime e non si riesce a fare un discorso chiaro con l'assicurato circa i benefici del percorso CAP. Si fa alla fine riferimento ad eventuali possibili infortuni che l'assicurato potrebbe andare incontro durante il percorso CAP, sebbene il sottoscritto dica che le attività svolte al CAP non siano pericolose e siano sotto il controllo di un consulente del lavoro e di un medico. (...)" (doc. AI 126(436-437). L'avv. _____, nell'opposizione del 14 settembre 2016 (doc. AI 143/475-476), ha, in particolare, osservato che "(...) da ultimo, con riferimento ai provvedimenti professionali si tiene a ribadire che gli stessi non sono stati eseguiti in considerazione dello stato di salute dell'assicurato e non quindi, come erroneamente indicato nel progetto di decisione, a seguito della "... rinuncia a sottoporsi agli accertamenti del CAP ...". Ciò risulta invero anche confermato nei rapporti del SIP nell'incarto AI. Proprio in considerazione del grado d'invalidità già stabilito nel progetto di decisione all'assicurato vanno conseguentemente garantiti tutti i diritti a provvedimenti professionali e ciò non appena lo stato di salute gli permetterà l'intraprendimento degli stessi. (...)" (doc. AI 143/476). Al riguardo il consulente in integrazione, nella presa di posizione del 3 novembre 2016, ha evidenziato che "(...) con una capacità lavorativa del 70% in attività abituale (quale manovale-meccanico) e del 80% in attività adeguata, è più che normale che si possa chiedere all'assicurato di svolgere un percorso di accertamento professionale, detto CAP, presso la nostra struttura di _____. E' stato spiegato in data 10.3.2016 come pure in data 23.3.2016 (presso CAP _____) lo scopo di tale percorso. Ricordiamo che l'assicurato è sempre accompagnato da uno/due consulente al lavoro, un medico del lavoro, un orientatore professionale ed infine seguito pure dal Direttore del CAP, signor _____. Qualora l'assicurato dovesse avere male, viene visitato dal medico CAP, dott. _____, e posto subito ad eventuale riposo o cure. Se del caso, il provvedimento viene interrotto. Il percorso è importante sia per l'assicurato che per l'ufficio AI, così da poter definire le limitazioni funzionali dell'assicurato e definire le possibili attività che potrebbe egli svolgere (sempre che ce ne siano). Da parte dell'assicurato, o meglio della moglie, c'è stato sin dall'inizio del colloquio al CAP un NO "mio marito non può farlo - non capite" mentre il marito pareva in parte d'accordo a voler provare. Il tutto nel pieno rispetto del danno alla salute si intende. Il NO della moglie è emerso pure in data 12.7.2016, piuttosto

che un no diretto dell'assicurato. In poche parole, l'assicurato non ha voluto provare, sebbene assistito da tante figure attente e rispettose dei suoi limiti. Si fa riferimento ad eventuali possibili infortuni a cui l'assicurato potrebbe incorrere, cosa che non capita proprio grazie al vigile controllo ed accompagnamento delle figure che lavorano al CAP. (...)” (doc. AI 153/518-519). Quanto alla pretesa trasmissione dell'intera documentazione concernente l'assicurato da parte dell'Ufficio AI la stessa è sfociata nella sentenza del 29 luglio 2016 con la quale il TCA l'ha dichiarata irricevibile (doc. AI 131/443-451). L'Ufficio AI – vista l'ulteriore documentazione medica (cfr. doc. AI 147/490-508, 151/514, 155/523-526), prodotta nell'ambito dell'opposizione al progetto di decisione del 29 agosto 2016 (cfr. doc. 140/467-471, 145/482, 147/489, 151/513 e 155/521) – l'ha sottoposta al SMR che, con annotazione del dr. Andreoli del 10 ottobre 2016, ha concluso: “(...) la nuova documentazione inviata dal medico curante del 17.9.2016 riporta esclusivamente rapporti antecedenti al SAM del 19.11.2015 e ivi già valutati e descritti del dr. _____ fino all'operazione del 2014 e dr. _____ del neuro centro del 2013. Anche gli altri certificati del medico curante dr. _____ degli ultimi 6 mesi a dossier riportano solamente date e inabilità lavorative senza motivazione o criteri di valutazioni riguardo alle medesime. In definitiva questa documentazione non apporta novità significative tali da modificare quanto già esposto nel rapporto SMR del 23.11.2015 che resta per noi vincolante. (...)” (doc. AI 148/509) e ai periti del SAM che, con complemento peritale del 1. febbraio 2017 (doc. AI 163/535-540), si sono così espressi: “(...) come da sua richiesta abbiamo sottoposto la nuova documentazione medica e le osservazioni riportate dal rappresentate legale avv. _____ del 7.11.2016 concernenti l'A. sopra menzionato all'attenzione dei nostri consulenti Dr. med. _____, specialista FMH reumatologia e medicina interna, e Dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, che avevano valutato l'A. nell'ambito della perizia pluridisciplinare del nostro servizio, redatta il 18.11.2015. Di seguito riportiamo in modo integrale le loro prese di posizione: Dr. med. _____: "Gentile Collega La ringrazio per il suo scritto del 16.1.2017, al quale mi allego la documentazione medica seguente che ho letto attentamente: - Scritto della Dr.ssa _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione di _____ all'attenzione della _____ di _____ del 9.2.2016 - Certificato medico della Dr.ssa _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione di _____ del 7.3.2016 - Scritto del Dr. _____, specialista FMH in chirurgia di _____ del 23.3.2016 - Certificato medico della Dr.ssa _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione di Viganello dell'8.6.2016 - Scritto del dr. _____, specialista FMH in chirurgia di _____ del 17.9.2016 - Certificato medico della Dr.ssa _____, specialista FMH in medicina fisica e riabilitazione di Viganello del 27.10.2016 - Rapporto medico dello studio dentistico della Dr.ssa _____ e Dr. _____ di _____ del 27.10.2016 - Lettera del lic. iur. _____ di _____, all'attenzione dell'ufficio dell'assicurazione invalidità del 7.11.2016. Rileggendo quanto scritto nel mio consulto peritale reumatologico il 13.8.2015, a riguardo di questo vostro sopraindicato assicurato che avevo visitato l'11.8.2015, gli atti trasmessimi, non contengono nuovi elementi oggettivi, atti a modificare la mia valutazione della capacità funzionale e di carico residua dell'assicurato e quindi della sua capacità lavorativa; si riconfermano dunque le conclusioni peritali reumatologiche seguenti la visita in questione dell'11.8.2015. Cordiali saluti." Dr.ssa med. _____: "Gentili colleghi, come da vostra richiesta ho preso visione dei nuovi atti proposti sul caso. In dettaglio: Dr.ssa med _____ relazione del 09.02.2016, del 08.06.2016, del 27.10.2016 Dr med

_____ relazione clinica del 08.03.2016, del 11.10.2016 in cui sottolinea che la diagnosi somatoforme non può che essere sostenuta (cosa condivisa dalla scrivente che in data 09.2015 lo attesta) Dr med _____ relazione del 23.03.2016, del 17.09.2016 Dr.ssa med _____ relazione del 27.10.2016 Avvocato _____, relazione del 07.11.2016 che conferma quanto descritto dai medici implicati nel caso. Dai nuovi atti non emerge alcuna novità sostanziale sul caso. Ricordo peraltro che la scrivente ha già attestato la presenza di un quadro somatoforme da dolore persistente ma ha anche precisato che lo stesso, in assenza di una rilevante patologia psichiatrica non può indurre rilevanti limitazioni della CL per i soli motivi psichiatrici, soprattutto quando si evince da diverse relazioni mediche un plausibile dubbio sulla presenza di un'accentuazione dei sintomi per benefici secondari. Ciò detto confermo quanto già registrato nella mia relazione del 2015. Spero di aver risposto alle Vostre necessità, saluto cordialmente". Concordiamo con i nostri consulenti che la nuova documentazione medica e le osservazioni inoltrate dal rappresentante legale non contengono elementi nuovi, per cui confermiamo le conclusioni della nostra perizia pluridisciplinare, redatta il 18.11.2015. (...)” (doc. AI 163/535-537). Nell’annotazione del 6 febbraio 2017 il medico SMR dr. _____ ha quindi concluso che “(...) non posso che ribadire quanto già espresso anche alla luce di quanto riportato dai periti coinvolti del SAM. La nuova documentazione ancora ulteriormente inviata non inficia quanto già noto ed espresso nel rapporto finale SMR alla luce della valutazione multidisciplinare del SAM. (...)” (doc. AI 164/541). Dal canto suo il consulente in integrazione professionale il 17 febbraio 2017 ha ribadito che “(...) confermo la validità di quanto da me espresso nel rapporto datato 3.11.2016, in particolare confermo che l’assicurato ha rinunciato al percorso proposto (CAP) che è risultato medicalmente esigibile anche a seguito della nuova documentazione medica sottoposta in fase di osservazioni al nostro ufficio. (...)” (doc. AI 166/543). L’Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuta la conferma del consulente in integrazione professionale del 17 febbraio 2017, con decisione del 21 febbraio 2017 ha negato all’assicurato il diritto ad una rendita d’invalidità e a provvedimenti professionali (cfr. consid. 1.2). 2.5. 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) Per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) 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_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 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).

2.6. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione qui impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del SAM, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchia i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Questo per i motivi che seguono. Dal fascicolo (cfr. doc. AI 96/311-391) risulta che il SAM ha considerato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti precisando debitamente le ragioni per le quali i periti hanno concluso per un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 21 ottobre 2011 al 20 agosto 2012 e, di seguito, per un'incapacità lavorativa, nell'attività abituale: del 25% dal 21 agosto 2012 al 22 agosto 2013, del 30% dal 23 agosto 2013 al 13 maggio 2014, del 100% dal 14 maggio al 14 agosto 2014 e del 30% dal 15 agosto 2014 in avanti e, in un'attività adeguata, dello 0% dal 21 agosto 2012 al 22 agosto 2013, del 20% dal 23 agosto 2013 al 13 maggio 2014, del 100% dal 14 maggio al 14 agosto 2014 e del 20% dal 15 agosto 2014 in avanti. La valutazione dei periti, confermata nel complemento del 1. febbraio 2017 (cfr. doc. AI 163/535-540) e dal medico SMR dr. _____ nell'annotazione 6 febbraio 2017 (cfr. doc. AI 164/541), non è stata validamente contestata e tantomeno messa in dubbio da nessun medico, né generico né specialista. Avuto riguardo allo scritto del 17 settembre 2016 indirizzato all'avv. _____ (cfr. doc. AI 147/490-491), questo Tribunale rileva che il dr. _____ non si è confrontato debitamente e puntualmente con la perizia pluridisciplinare del 18 novembre 2015 del SAM. Infatti, il dr. _____ indica in generale quale sarebbe il compito di una perizia, evidenzia che (trattandosi di una problematica infortunistica con un danno ortopedico che si è protratto nel tempo senza una vera soluzione e che ha aggravato anche lo stato psichico) l'esame peritale avrebbe dovuto seguire uno schema ben preciso, sostiene di avere delle perplessità sul modo con cui è stata condotta la perizia indicando (senza alcuna documentazione e/o precisazione in merito) che le conclusioni analitiche e le considerazioni dei medici di parte AI non combacerebbero con i referti dei medici specialistici non di parte e (tuttavia allegando solo della documentazione medica già nota ai periti e sulla quale gli stessi si sono chinati) che vi sarebbe molta discrepanza di visione e concettualità clinica fra le due parti. Sempre il dr. _____ precisa che le problematiche sono di carattere ortopedico e non reumatologico e che (nonostante non sia specialista in materia) la problematica psichiatrica sarebbe stata sottovalutata. Va qui evidenziato che nella STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, confermando la precedente sentenza 36.2008.126 di questa Corte, il TF ha già avuto modo di sottolineare, che "(...) come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area

di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. (...)” (STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 4.2; in argomento vedi anche la STF 9C_793/2016 del 3 marzo 2017, consid. 4.1.1). In questo non può essere seguito il dr. _____ laddove sembrerebbe censurare la valutazione del dr. _____ in quanto reumatologo e non ortopedico. Inoltre, quanto al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi – oltre a rinviare alla DTF 136 V 376 citata al consid. 2.5 – va qui osservato che l'assicurato (preventivamente reso attento circa il nome dei periti e segnatamente la necessità di una perizia pluridisciplinare con accertamenti di medicina interna a cura della dr.ssa _____, neurologici a cura del dr. _____, psichiatrici a cura della dr.ssa _____, e reumatologici a cura del dr. _____ (doc. AI 76/257-260 e 83/288-289)) non ha sollevato alcuna obiezione in merito nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la ricusa, né ha domandato di essere esaminato da medici con una diversa specializzazione. Quanto all'ulteriore documentazione medica rilasciata dalla dr.ssa _____, FMH in medicina fisica e riabilitazione, e dal dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia – a prescindere dal fatto che questi specialisti non si sono confrontati puntualmente con la valutazione del SAM – , la stessa è stata sottoposta ai periti che, con complemento del 1. febbraio 2017, si sono confermati nelle conclusioni di cui alla perizia pluridisciplinare del 18 novembre 2015 (cfr. doc. AI 163/535-540). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo ai certificati medici del 23 maggio 2017 del dr. _____ (doc. F) e del 24 maggio 2017 della dr.ssa _____ (doc. G). Al riguardo questo Tribunale può fare propria la conclusione del medico SMR dr. _____ che, nell'annotazione 3 giugno 2017 – osservato come il certificato della dr.ssa _____ sia simile a quelli precedenti e che il dr. _____ attesta genericamente un peggioramento e un'incapacità lavorativa del 100% – ha espresso la seguente valutazione: “(...) dall'attuale documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM. (...)” (X/1). Dal canto suo il dr. _____, caposervizio del _____ della _____, nel rapporto del 14 giugno 2017 indirizzato alla dr.ssa _____, ha attestato che “(...) non ho rilevato alcun deficit neurologico (...)” e quanto al procedere si è così espresso: “(...) Non sono a conoscenza di eventuali valutazioni in ambito lavorativo, anche se il paziente mi riferisce di essere stato valutato più volte presso gli uffici dell'Al. Mi riferisce che gli è stato fissato un limite funzionale di 5 kg per quanto riguarda il sollevamento di carichi. Ritengo chiaramente questo limite troppo basso, e pertanto riterrei indicata l'esecuzione di una rivalutazione della sua capacità lavorativa per poter permettere un reinserimento sul piano professionale. Nelle condizioni del paziente attuali, riterrei prioritario un reinserimento sul piano sociale professionale rispetto al trattamento dei sintomi. Il paziente sarebbe piuttosto favorevole ad essere rivalutato, dato che il suo desiderio più importante sarebbe di poter lavorare anche se è conscio che l'attività precedente sarebbe piuttosto difficile. Ti chiederei pertanto di voler discutere con il MC tale opportunità qualora tu lo ritenga indicato. Dal mio canto non ho ovviamente previsto alcun tipo di rivalutazione neurochirurgica né alcun tipo di procedura invasiva, che non ritengo necessaria. (...)” (XII/1). Questo Tribunale, conformemente alla giurisprudenza circa la forza probatoria di un atto medico (cfr. consid. 2.5) e viste le suesposte risultanze, ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato e in particolare le limitazioni da osservare, sino all'emanazione del querelato provvedimento (il 21 febbraio 2017, data questa che segna il

limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3), senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. 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). 2.7. L'insorgente, fondandosi su una valutazione della capacità lavorativa residua diversa da quella stabilita dai periti del SAM e confermata dal SMR, chiede "(...) di poter usufruire del percorso di integrazione in altra attività adeguata, percorso che con il presente ricorso sollecita gli venga proposta. (...)” (I). Al riguardo va innanzitutto ribadito che, visti i motivi esposti al precedente considerando, alla valutazione dei periti del SAM – che hanno concluso, dopo un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 21 ottobre 2011 al 20 agosto 2012, per un'incapacità lavorativa nell'attività abituale del 25% dal 21 agosto 2012 al 22 agosto 2013, del 30% dal 23 agosto 2013 al 13 maggio 2014, del 100% dal 14 maggio al 14 agosto 2014 e del 30% dal 15 agosto 2014 in avanti e in un'attività adeguata dello 0% dal 21 agosto 2012 al 22 agosto 2013, del 20% dal 23 agosto 2013 al 13 maggio 2014, del 100% dal 14 maggio al 14 agosto 2014 e del 20% dal 15 agosto 2014 in avanti – , va riconosciuta piena forza probatoria. Va inoltre rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Il consulente in integrazione professionale, nel rapporto finale del 19 agosto 2016 (doc. AI 135/456-458 che conferma quello precedente del 15 giugno 2016 sub doc. AI 122/429-431), quanto alla valutazione delle “Attività esigibili adeguata – senza (ri)formazione specifica (oltre a quelle indicate nella categoria 4.2). Analisi della reintegrabilità (conformemente alla direttiva interna)” ha concluso che “(...) sulla base esclusiva del rapporto finale SMR del 23.11.2015 unitamente all'annotazione in GED del dott. _____, datata 13.6.2016, ritengo l'assicurato reintegrabile nella misura massima del 70% in attività abituale, attività che conosce già, rispettando i limiti funzionali (max 5 kg). Potrebbe pure lavorare in attività adeguata, quale p. es. magazziniere, nella misura massima del 80%, rispettando i suoi limiti funzionali (5 kg). (...)” (doc. AI 135/458). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti

sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare – senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene coperta dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) – che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto di quello della proporzionalità. Questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti, anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (STF 9C_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C_277/2016 del 15 marzo 2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). Detta ipotesi (reintegrabilità sul mercato normale del lavoro) è confermata anche dal fatto che spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). Nel caso in esame, nel succitato rapporto finale del 19 agosto 2016 (doc. AI 135/456-458), il consulente in integrazione ha indicato delle attività confacenti allo stato di salute dell'assicurato. Quanto all'accertamento presso il CAP questo Tribunale rileva quanto segue. Dalle risultanze sopra esposte (cfr. consid. 2.4) risulta che l'insorgente, senza validi motivi, ha effettivamente (quantomeno) fatto ostruzione all'accertamento predisposto. In questo senso egli è malvenuto allorquando sostiene che "(...) non è assolutamente vero, come affermato dal consulente Al in integrazione professionale, che l'assicurato abbia rinunciato al percorso proposto, semmai è possibile che, tenendo presente i certificati medici presentati che indicavano una totale inabilità lavorativa, l'avvocato _____ abbia concluso senza chiedere all'assicurato, che il percorso CAP non andava proposto (forse perché oltre ad avere una laurea in legge ne ha anche un'altra in medicina). Nel rapporto 3 novembre 2016 il consulente all'integrazione

conferma che il diniego al CAP non è quello dell'assicurato, bensì quello della moglie, mentre l'assicurato era d'accordo a voler provare. Non essendo la moglie in possesso di valida procura rilasciata dal marito che d'altronde era d'accordo sul provare il percorso CAP è falsa l'affermazione rilasciata in data 17 febbraio 2017 dal consulente AI che conferma che l'assicurato ha rinunciato al proposto percorso CAP (Doc. D). La prova di tutto questo è che nel dossier non vi è traccia di una presa di posizione negativa dell'assicurato per quanto concerne il percorso CAP. Nei colloqui avuti il consulente AI, in presenza di una situazione a suo parere non ben definita avrebbe dovuto far sottoscrivere all'assicurato il rifiuto al proposto percorso CAP. (...)” (I). Del resto agli atti figura sia una procura a favore dell'avv. _____ (doc. AI 16/36) che a favore di sua moglie (doc. AI 19/39). Pertanto questo Tribunale deve confermare quanto osservato in sede di risposta dall'Ufficio AI e meglio che “(...) per quanto concerne i reclamati provvedimenti professionali, si osserva che il percorso al CAP (Centro d'accertamento professionale) costituisce un accertamento. Nel caso specifico, il consulente ha indicato (vedasi scheda di segnalazione del 21.03.2016 trasmessa al CAP in data 15.06.2016 – doc. 121 incarto AI) che il percorso era volto all'orientamento professionale-pratico, alla valutazione delle competenze scolastiche e pratiche/cognitive, alla verifica delle competenze per un eventuale cambio di attività ed alla verifica della motivazione dell'assicurato all'applicazione di provvedimenti professionali. Non si tratta dunque di un provvedimento "riabilitativo" o di un "percorso di integrazione" come sembra invece pretendere il ricorrente. Si rileva inoltre che il consulente aveva comunque espresso dei dubbi circa l'effettiva necessità di un tale percorso. Va qui rilevato che presentando certificati medici attestanti inabilità lavorative maggiori a quelle definite in sede peritale, l'assicurato ha di fatto rinunciato a sottoporsi ad un tale accertamento, come a più riprese indicato sia dal consulente in integrazione, sia dall'avv. _____. (...)” (IV, pagg. 3-4). Visto tutto quanto sopra esposto, non vi sono dunque motivi per scostarsi dalla valutazione del consulente in integrazione professionale, effettuata peraltro da una persona con esperienza in ambito integrativo. In questo senso va confermata la reintegrabilità dell'insorgente senza la necessità di provvedimenti professionali. È dunque a ragione che l'Ufficio AI non ha riconosciuto il diritto a provvedimenti professionali. 2.8. In merito alla valutazione economica – considerati i dati del 2013 (anno in cui al più presto nasce un eventuale diritto alla rendita visto l'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e considerata la tardività della domanda del settembre 2012 ex art. 29 LAI) e del 2014 (anno in cui vi è stato un miglioramento dello stato di salute dopo la temporanea inabilità lavorativa totale di tre mesi riconducibile all'intervento alla spalla sinistra; cfr. consid. 2.4 e 2.6) – va rilevato quanto segue. 2.8.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013, 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 e/o al momento della sua modifica), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo

salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti). Nella fattispecie concreta, partendo dal reddito da valido di fr. 57'427.-- nel 2012 (importo questo stabilito dall'amministrazione fondato sul questionario del datore di lavoro dell'11 ottobre 2012 sub doc. AI 24/59-65 e rimasto incontestato) si ha, per il 2013 un reddito da valido di fr. 57'714.13 (57'427.-- aumentati per il 2013 dello 0.5 secondo la Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, ramo economico 41-43 costruzioni) e per il 2014 di fr. 58'002.70 (57'427.-- aumentati per il 2013 dello 0.5 e per il 2014 dello 0.5 secondo la Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, ramo economico 41-43 costruzioni). 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della 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") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi 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). Inoltre, va rilevato che, 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. Il TFA 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). L'Alta Corte ha 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). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza 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) (...)". Con sentenza

8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV Nr. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3 l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata nella DTF 141 V 1 consid. 5. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. Utilizzando i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (anno 2012) elaborata dall'Ufficio federale di statistica (livello 1) nel settore privato svizzero (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.), si ottiene un reddito annuo di fr. 62'520.-- (5'210 x 12 mesi). Considerate nel 2013 le 41.7 ore di lavoro settimanali e aggiornati i dati a quell'anno, il reddito da invalido nel 2013 ammonta a fr. 65'689.80 (62'520 x 41.7 : 40 aggiornati dividendo per 101.7 e moltiplicando per 102.5 [Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016]). Considerata la capacità lavorativa residua dell'80% (cfr. consid. 2.6) e applicata la riduzione del 15% (10% per attività leggera e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari; cfr. la decisione impugnata), il reddito da invalido si attesta infine a fr. 44'669.06 (65'689.80 x 80% ridotti del 15%). Nel 2014 vale invece quanto segue. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014 (vedi, a proposito del 2012, la STF 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014 skill level (NOGA08), risulta 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. 63'744.-- (5'312 x 12 mesi). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Considerato che nel 2014 le ore settimanali normali di lavoro totali ammontavano a 41.7, si ottiene per quell'anno un reddito da invalido di fr. 66'453.12 (63'744 x 41.7 : 40), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Nel 2014, considerata la capacità lavorativa residua dell'80% (cfr. consid. 2.6) e applicata la riduzione del 15% (cfr. la decisione impugnata), il reddito da invalido si attesta infine a fr. 45'188.12 (66'453.12 x 80% ridotti del 15%). L'insorgente contesta la mancata applicazione del gap salariale. Al riguardo l'Ufficio AI ha osservato che "(...) in relazione alla richiesta del GAP salariale, avevamo richiesto di farci pervenire, ricerche di lavoro volte ad attestare che l'assicurato, prima dell'insorgere del danno alla salute, stesse cercando di reperire un'attività più redditizia e, se del caso,

inoltrarci la relativa documentazione. In assenza di giustificativi, il gap salariale non risulta applicabile. (...)” (doc. AI 167/546). Dal canto suo l’insorgente ha addotto che “(...) non si capisce per quale ragione il ricorrente, che aveva trovato lavoro come manovale edile ed era in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato, avesse la necessità, prima dell’insorgere del danno alla salute, di ricercare una attività più redditizia, non avendo certo la facoltà di prevedere l’infortunio sul lavoro occorsogli in data 29 marzo 2011. (...)” (I). Questo Tribunale rileva innanzitutto che il contratto di lavoro con la _____ era a tempo determinato (cfr. il punto 2.2 del questionario laddove il datore di lavoro indica quale motivo dello scioglimento del rapporto di lavoro la “(...) scadenza del contratto (...)” ; doc. AI 24/59) e che (come emerge sempre dallo stesso questionario al punto 2.14 rispettivamente dalle succitate risultanze mediche; cfr. consid. 2.4 e 2.6) l’infortunio che ha dato avvio alla malattia di lunga durata è quello del 21 ottobre 2011. In simili circostanze, visto che il contratto di lavoro con la _____ aveva una scadenza questo Tribunale ritiene che già prima del 21 ottobre 2011 l’insorgente avrebbe potuto/dovuto adoperarsi per cercare una nuova occupazione. Non avendolo fatto – e a maggiore ragione se, come da lui sostenuto, lo riteneva a tempo indeterminato – ci si potrebbe effettivamente chiedere se così facendo egli non si sia accontentato di un salario più basso. Tale questione non merita ulteriori approfondimenti ritenuto che, come si vedrà al prossimo considerando, anche se si volesse applicare il gap salariale il risultato non cambia.

2.8.3. Confrontando il reddito conseguibile nel 2012 presso la _____ di fr. 57'427.-- (cfr. consid. 2.8.1) con quello che si ottiene in base alla tabella TA1 (anno 2012) di fr. 67'603.50 (settore 41-43 costruzioni, livello 1, ritenute le 41.5 ore settimanali; $5'430 \times 12 \times 41.5 : 40$), si ottiene un gap salariale applicabile del 10.06% (fr 67'603.50 vs. fr. 57'427 meno il 5% ai sensi della succitata DTF 135 V 297). Applicando il gap salariale del 10.6% ai redditi da invalido sopra ottenuti (cfr. consid. 2.8.2) di fr. 44'669.06 (2013) rispettivamente di fr. 45'188.12 (2014) il reddito da invalido si attesta, infine, a fr. 40'175.35 nel 2013 e a fr. 40'642.19 nel 2014. Per il 2013, confrontando il reddito da invalido di fr. 40'175.35 con quello da valido di fr. 57'714.13 (cfr. consid. 2.8.1), si ottiene un grado d’invalidità del 30% ($[57'714.13 - 40'175.35] \times 100 : 57'714.13 = 30.38\%$ arrotondato al 30% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) che non dà diritto ad una rendita. Per il 2014, confrontando il reddito da invalido di fr. 40'642.19 con quello da valido di fr. 58'002.70 (cfr. consid. 2.8.1), si ottiene un grado d’invalidità del 30% ($[58'002.70 - 40'642.19] \times 100 : 58'002.70 = 29.93\%$ arrotondato al 30% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) che non dà diritto a una rendita d’invalidità. Ribadito che gli anni determinanti sono il 2013 e il 2014 (anni in cui al più presto nasce un eventuale diritto alla rendita e in cui vi è stato un miglioramento dopo la temporanea inabilità lavorativa totale di tre mesi; cfr. consid. 2.8), questo Tribunale rileva che anche volendo aggiornare i dati al 2017 (anno in cui è stata resa la decisione impugnata) il risultato non cambia. Infatti nel 2017 il reddito da valido ammonterebbe a fr. 58'292.60 (57'427.-- aumentati dello 0.5 per il 2013, del 0.5% per il 2014, del -0.2% per il 2015 e del 0.4% per il 2016 [Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, ramo economico 41-43 costruzioni; pubblicata dall’Ufficio federale di statistica] e dello 0.3 per il 2017 [stima trimestrale per il secondo quartale del 2017, pubblicata dall’Ufficio federale di statistica]) e quello da invalido a fr. 41'119.62 (63'744.-- aggiornati al 2016 [63'744.-- : 103.2 x 104.1; Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016] e aumentati dello 0.3 per il 2017; riportati all’orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41.7 [ultimo dato disponibile valido per il 2016]; considerata la capacità lavorativa residua del 80%, applicata la riduzione del 15% e il gap

salariale dello 10.06%) . Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 41'119.62 con quello da valido di fr. 58'292.60, si ottiene, anche per il 2017, un grado d'invalidità del 29% $([58'292.60 - 41'119.62] \times 100 : 58'292.60 = 29.45\%$ arrotondato al 29% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) che non dà diritto ad una rendita. 2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è dunque a giusta ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni. La decisione impugnata va pertanto confermata e il ricorso respinto. Non merita qui ulteriore disamina la questione a sapere se il diritto a prestazioni andava respinto anche in base all'art. 36 LAI. Al riguardo questo Tribunale può fare proprio quanto addotto dall'amministrazione e più precisamente che "(...) per quanto attiene alle condizioni assicurative occorre precisare che la rendita ordinaria, a norma dell'art. 36 LAI impone che un assicurato, al momento dell'insorgere dell'invalidità, abbia versato contributi per almeno tre anni. Questa condizione è indipendente dalla nazionalità del richiedente. Inoltre, il momento determinante per stabilire se vi sono tre anni di contributi non è quello in cui la persona è confrontata per la prima volta con il danno alla salute, ma quello in cui subentra l'invalidità. Ora, in base all'art. 4 cpv. 2 LAI, l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione. Per quel che concerne il diritto a rendita, l'invalidità subentra quindi nel momento in cui l'assicurato patisce per un anno, senza notevoli interruzioni, un'inabilità lavorativa media pari al 40% e, alla fine di tale anno, presenta altresì un grado d'invalidità di pari grado (art. 28 cpv. 1 LAI). Gli esami sino ad ora effettuati non hanno permesso di stabilire alcun diritto a rendita. Non si pone quindi la questione a sapere se i tre anni di contributi siano o meno adempiuti. (...)” (doc. AI 167/546-548). 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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