

TI_GERICHTE 32.2018.3 vom 30. Januar 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-01-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.3

FR: TI_GERICHTE 32.2018.3 du 30 janvier 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2018.3 del 30 gennaio 2019

Erwägungen

E. 9

marzo 2018 (doc. XIV). Ne consegue che, per questo aspetto, non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito di RI 1 e la censura sollevata al riguardo dal suo patrocinatore va pertanto disattesa.

2.2. Il rappresentante del ricorrente lamenta una violazione del diritto di essere sentito del suo cliente anche a causa della mancata trasmissione del complemento peritale del 10 novembre 2017 del dr. med. _____ prima dell'emissione della decisione impugnata.

Ai sensi degli art. 29 cpv. 1 e 2 Cost. nonché dell'art. 6 CEDU le parti in un procedimento giudiziario hanno il diritto incondizionato a prendere posizione, se lo desiderano, su tutti gli atti processuali della controparte (cosiddetto diritto di replica incondizionato: DTF 139 I 189 consid. 3.2 pag. 191 seg.; 138 I 154 consid. 2.3.3 pag. 157; 138 I 484 consid. 2.1 pag. 485; 137 I 195 consid. 2.3.1 pag. 197; 133 I 100 consid. 4.3-4.7 pag. 102 segg.). Le parti dispongono di un diritto fondamentale, di esprimersi su ogni atto processuale, indipendentemente se esse contengano aspetti nuovi o rilevanti. Un tribunale deve notificare a tutti gli interessati gli atti comunicati dalle altre parti prima che sia reso il giudizio, in modo tale che sia data la possibilità di esprimersi o no (DTF 137 I 195 consid. 2.3.1 pag. 197). È opportuno ribadire che soltanto la parte autonomamente decide se un nuovo atto processuale merita di essere oggetto di osservazioni. L'autorità decidente è tenuta a fissare un termine per la presentazione della risposta alla petizione o al ricorso. Per contro, questo obbligo non si estende a un'eventuale replica. L'autorità deve unicamente comunicare il nuovo atto processuale, attendendo nell'emanazione della decisione, affinché le parti effettivamente si possano esprimere. In tale ottica, la prassi di regola considera un lasso di tempo di una decina di giorni dalla notifica del nuovo atto processuale (da ultimo STF 8C_559/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.3; STF 5A_44/2018 del 31 agosto 2018 consid. 2.1 con rinvio a DTF 144 III 117 consid. 2.1 pag. 118; 142 III 48 consid. 4.1.1). Per giurisprudenza una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). La prassi ha stabilito anche che si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito: una tale eventualità si realizza se la cassazione della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l'(equivalente) interesse della parte onerata di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (DTF 142 II 218 consid. 2.8.1 pag. 226; 133 I 201 consid. 2.2 pag. 204 seg.; sentenza 8C_842/2016 del 18 maggio 2017

consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGa), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non ha una portata così forte da mettere però in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (cfr. sentenze 8C_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e 8C_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti; da ultimo STF8C_559/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2). Dalle tavole processuali emerge che il 30 ottobre 2017 il medico SMR ha chiesto al dr. med. _____ un complemento peritale (pag. 316 incarto AI) che è stato versato agli atti dal perito reumatologo il 10 ottobre 2017 (pag. 322-323 incarto AI). Una copia della richiesta è stata inviata all'avv. RA 1 (cfr. lettera 30 ottobre 2017 SMR/perito reumatologo in fine; pag. 316 incarto AI) mentre al patrocinatore non è stata trasmessa copia del precitato complemento peritale allestito dal dr. med. _____. Ciò che è peraltro incontestato.

Secondo il TCA, nella misura in cui l'UAI non ha trasmesso - per lo meno per conoscenza - al patrocinatore dell'assicurato il complemento peritale del 10 novembre 2017 del perito reumatologo ha commesso una violazione del diritto di essere sentito del ricorrente. Tuttavia, tenuto conto del tenore del complemento peritale (in particolare, del fatto che il perito reumatologo si è sostanzialmente limitato a confermare la propria valutazione, ritenuto che il medico curante continuava ad attestare un'inabilità al 50% dell'assicurato, già nota al perito al momento dell'allestimento della perizia, senza addurre nuovi aspetti diagnostici e considerato che il medico SMR confermava la correttezza del mansionario agli atti al momento della valutazione, come puntualizzato dal datore di lavoro), questa Corte considera la violazione commessa dall'amministrazione come non particolarmente grave. Comunque, quand'anche si volesse ritenere - per pura ipotesi di lavoro (dal momento che non sarebbe in ogni caso giustificata una tale classificazione) - grave la violazione del diritto di essere sentito dall'assicurato commessa dall'UAI, a fronte del tenore già riportato del complemento peritale in questione, non sarebbe comunque giustificato nel caso concreto rinviare la causa all'amministrazione, dal momento che una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (cfr. la già citata STF8C_559/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2).

Ne consegue che il TCA può entrare nel merito del ricorso.

nel merito

Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque 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 (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGa) almeno

al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che 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%.

In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGa. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità.

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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b).

2.6. Dalle tavole processuali emerge che l'8 settembre 2016 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, ha osservato quanto segue: "() il paziente presenta delle lombalgie croniche recidivanti con blocchi lombari a ripetizione in relazione con una degenerazione diffusa di tutto il rachide lombare. Egli può rimanere seduto al massimo per 40-50 minuti di file, in piedi per lo stesso tempo. Deve evitare posizioni inergonomiche del rachide lombare, evitare di sollevare pesi a 5-10 kg anche occasionalmente. Con tutte queste limitazioni il paziente può lavorare solo al 50% nel suo mestiere attuale e anche in mestieri adatti. ()" (pag. 167 incarto AI). L'assicurato è stata sottoposto ad una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale nel rapporto del 20 dicembre 2016 ha posto la diagnosi di "Sindrome panvertebrale, prevalentemente toracolombovertebrale cronica in: - Alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (discopatie L2-S1 con alterazioni osteocondrosiche Modic IL3/L4 ed L4/L5); - Esiti da morbo di Scheuermann; Disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale e della colonna lombare, scoliosi destroconvessa toracolombare compensata); - Decondizionamento e sbilancio muscolare e Probabile coxartrosi bilaterale". Il perito dell'amministrazione, ha analizzato compiutamente lo stato reumatologico del ricorrente nel corso di una visita che ha avuto luogo il 19 dicembre 2016. Dopo aver riassunto l'anamnesi personale, sistematica, e sociale, il perito dell'UAI ha riportato i dati soggettivi dell'assicurato e i dati oggettivi (esame reumatologico della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche), le proprie osservazioni e la propria valutazione, osservando, in particolare, per quanto qui maggiormente interessa, quanto segue: "() I sintomi accusati, i deficit fatti valere dall'assicurato possono dunque essere soltanto parzialmente spiegabili con le alterazioni strutturali finora dimostrate. Il trattamento analgesico al momento in atto, come già in passato, non è proporzionale all'intensità dei sintomi accusati sull'arco delle 24 ore. (). Dal

lato terapeutico, propongo di instaurare un trattamento analgesico proporzionato all'intensità dei dolori accusati dall'assicurato, quotidiano, in grado di agire sul dolore durante le 24 ore della giornata, pensando eventualmente anche ad un approccio farmacologico algomodulatore centrale, rivolto ad innalzare la soglia del dolore; parallelamente l'assicurato dovrà continuare a mantenere la muscolatura ricondizionata, onde far fronte agli sforzi della vita quotidiana. Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10-15 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti 15 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può di rado sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può spesso assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni quando ne risente il bisogno. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, di rado salire su scale a pioli. Questi limiti funzionali tengono unicamente conto degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio campo di specialità, ma non di fattori non assicurati, quali l'età, la formazione, problemi economici, la disponibilità sull'attuale posto di lavoro, rispettivamente sul mercato del lavoro locale, di un'attività adatta allo stato di salute rispettivamente conforme alle aspettative dell'assicurato. Detti limiti funzionali e di carico, sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero. Vi sono dunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale. In un lavoro adatto allo stato di salute attuale, come già ritenuto dal medico _____, il 12.5.2015, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100 %, a differenza di quanto affermato dal reumatologo curante, il quale giudizio mi appare pessimistico, se pensiamo che l'assicurato è in grado di ottimizzare il trattamento analgesico attualmente insufficiente; questa valutazione della capacità lavorativa per un lavoro adatto allo stato di salute, è applicabile a decorrere dal 14.4.2015, allorché iniziava un'inabilità lavorativa del 50 %, come dichiarato dall'assicurato nella richiesta di rilevamento tempestivo all'assicurazione invalidità datata 11.5.2015.(.)" (pag. 209-210 incarto AI). Nel rapporto finale del 22 dicembre 2016, il medico SMR, _____, dopo aver ripreso la diagnosi posta dal perito reumatologo, per quanto qui maggiormente interessa, ha fissato in attività adeguata un'inabilità lavorativa totale dal 23 marzo 2015 e un'abilità lavorativa completa dal 14 aprile 2015, puntualizzando un carico massimo di 5 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (inclusa), nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari, riprendendo le limitazioni funzionali fissate dal perito reumatologo (pag. 197-200 incarto AI). Il 27 giugno 2017 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, ha osservato quanto segue: "() non prendo posizione riguardo alla capacità lavorativa che è

stata valutata in modo peritale. Resta aperta la possibilità vista l'eventuale discrepanza nella valutazione tra 2 reumatologi la possibilità dell'esecuzione di un EFL (esami standard di valutazione della residua capacità lavorativa in pazienti con problemi osteomuscolari). (). Per quello che invece riguarda la fisioterapia, ho spiegato al paziente che non sono state sfruttate tutte le possibilità. Di fianco ad un potenziamento medicamentoso come l'eventuale introduzione di oppioidi come soprattutto di un antidepressivo al fine di alzare la soglia del dolore, resta essenziale un rinforzo muscolare in presenza di una chiara insufficienza del conto gluteo addominale. Da questo punto di vista è consigliata la fisioterapia sia a secco che in acqua () sino ad un ricovero per una terapia più intensiva da eseguirsi tutti i giorni, terapia però soprattutto attiva. ()" (pag. 259 incarto AI). Il 19-20 luglio 2017 ha avuto luogo la valutazione della capacità funzionale dell'assicurato presso la _____ . Dal relativo rapporto dell'11 agosto 2017 (pag. 263-279 incarto AI) si evince quanto segue: "()Proposte concrete per il reinserimento professionale. Rimanere nell'attuale attività, per ora alle stesse condizioni, da rivedere dopo avere esaurito tutte le possibilità terapeutiche (vedi Osservazioni). Osservazioni. Il presente EFL si è concentrato unicamente sugli aspetti muscolo-scheletrici e funzionali senza tenere conto di eventuali altre diagnosi o considerazioni. A nostro avviso prima di considerare un qualsiasi cambio di attività del paziente sarebbe ottimale seguire il consiglio del Dr. med. _____ bel suo rapporto del 27.06.2017 che conclude sull'opportunità di considerare un periodo di fisioterapia intensiva, con un programma specifico, in ricovero o in DH, che contempli oltre il rinforzo muscolare, anche l'apprendimento di un corretto controllo motorio e di una migliore conoscenza delle possibilità ergonomiche sul lavoro. Questo potrebbe migliorare le condizioni fisiche e funzionali del paziente che abbinate con una buona gestione di eventuali antidolorifici potrebbero migliorare anche la capacità lavorativa ed il rendimento del paziente in genere e facilitare eventuali decisioni future sulla loro esigibilità. Proposte in relazione ad ulteriori trattamenti. In questo periodo il paziente va settimanalmente in piscina ed ha degli esercizi che esegue a casa, ma che da tempo non vengono corretti e ricontrollati. Da un po' di tempo non fa sedute di fisioterapia e in generale i trattamenti consistevano in applicazioni passive ed analgesiche. Riteniamo che un procedere terapeutico come segnalato più sopra potrebbe portare, se seguito con impegno, a buoni risultati e miglioramenti. ()" (pag. 266 incarto AI). Dal medesimo rapporto si evince altresì quanto segue: "()Terapia medicamentosa Voltaren 50 mg /75 mg ret (la mattina a giornate alterne a dipendenza dal dolore). Mydocalm (terapia non più assunta). FKT. Osservazioni: Attività lavorativa di assistente _____. Giudizi e consigli da punto di vista medico Il paziente è risultato essere ben collaborante sia durante la raccolta anamnestica che la valutazione clinica. Per quanto riguarda giudizi e consigli in merito al presente test EFL rimando alle conclusioni comuni con il terapeuta che ha eseguito i test, ritenendo comunque coerente e favorevole un tentativo riabilitativo in regime di DH semi intensivo con balneoterapia, prima di fissare un'eventuale capacità lavorativa o decidere in merito ad un cambio di attività. Si affida come sempre al curante ogni ulteriore provvedimento diagnostico terapeutico. Resto a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento. ()" (pag. 270 incarto AI). Interpellato dall'amministrazione il 12 settembre 2017 in merito alla documentazione acquisita agli atti successivamente alla valutazione peritale del 19 dicembre 2016 (pag. 301 incarto AI), il 25 settembre 2017 il perito reumatologo dell'amministrazione, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: "()Dagli atti medici aggiuntisi dopo la valutazione reumatologica peritale presso il sottoscritto del 19.12.2016 risulta che le diagnosi allora poste possono essere riconfermate; anche i medici successivamente consultati hanno ribadito l'assenza di un trattamento analgesico

farmacologico e fisioterapico adeguato allo stato di salute dell'assicurato che, al momento della valutazione EFL il 19 e 20.7.2017 necessitava di una farmacoterapia analgesica ancora più modesta di quella segnalata il 19.12.2016. (). Per quanto concerne un'attività adatta allo stato di salute dell'assicurato, tenente conto dei limiti funzionali e di carico constatati durante l'esame EFL del 19 e 20.7.2017, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100 %, premesso che l'assicurato si sottoponga ad una farmacoterapia analgesica proporzionata all'intensità dei dolori accusati sull'arco delle 24 ore (comprovando l'aderenza terapeutica tramite un dosaggio dei farmaci nel sangue) e ad un riallenamento muscolare a lungo termine a margine delle ore lavorative, ricondizionamento come anche suggerito dal reumatologo consultato Dr. _____ di _____, e dal Dr. _____ medico internista che ha eseguito l'esame EFL.()" (pag. 308 e 309 incarto AI).Il 29 settembre 2017 il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, giusta il quale il ricorrente era inabile al lavoro al 50% dal 1° al 31 ottobre 2017 per "sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari" (pag. 311 e 312 incarto AI).Il 31 ottobre 2017 il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, giusta il quale il ricorrente era inabile al lavoro al 50% dal 1° al 30 novembre 2017 per "sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari" (pag. 320 e 321 incarto AI).Interpellato dal medico SMR, _____, il 30 settembre 2017 (pag. 316 incarto AI), il 10 ottobre 2017 il perito reumatologo dell'amministrazione, dr. med. _____, ha risposto al medico SMR quanto segue:

"() mi sottopone un certificato di inabilità lavorativa redatto il 29.09.2017 dal Dr. _____, specialista FMH in medicina generale, medico curante dell'assicurato, il quale descrive nella diagnosi una sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari, attestando un'inabilità lavorativa del 50% dall'1.10.2017 al 31.10.2017; gli aspetti diagnostici descritti dal Dr. _____ erano già noti al sottoscritto al momento della stesura del rapporto peritale.

Con scritto del 30.10.2017 mi attesta inoltre che " il datore di lavoro dell'A. (il capo servizio _____ sig. _____) il 24.10.2017 conferma che il mansionario lavorativo dell'A. è quello che era stato trasmesso al medico _____ Dr.ssa med. _____ nel marzo 2016, quindi lo stesso già presente negli atti da lei vagliati al momento peritale." Sulla scorta dei dati finora acquisiti dopo la valutazione reumatologica peritale in questione, posso dunque soltanto riconfermare quanto stabilito a riguardo della capacità lavorativa dell'assicurato, sia per un'attività adatta al suo stato di salute, sia per l'attività solita. ()." (pag. 322-323 incarto AI).Il medico SMR, _____, nell'annotazione del 16 novembre 2017, ha rilevato quanto segue:"() Alla luce delle precisazioni peritali del Dr. med. _____ pervenute agli atti e sopra citate, si conferma il rapporto medico SMR del 22.12.2016." (pag. 324 incarto AI; n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice).Il 28 novembre 2017 il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, giusta il quale il ricorrente era inabile al lavoro al 50% dal 1° al 31 dicembre 2017 per "sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari" (pag. 325 e 326 incarto AI).Il medico SMR, _____, nell'annotazione del 5 dicembre 2017, ha rilevato quanto segue:"() La nuova documentazione medica pervenuta agli atti del Dr. med. _____, certificante il prosieguo della IL dell'A., identica alla precedente, è stata già vagliata dal perito Dr. med.

_____ il 10.11.2017. Si riconferma il rapporto medico SMR del 22.12.2016." (pag. 328 incarto AI; n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice). Davanti al TCA, interpellato dall'amministrazione il 22 gennaio 2018 in merito alla documentazione acquisita agli atti successivamente alla valutazione peritale del 19 dicembre 2016 (doc. IV-3), il perito reumatologo dell'amministrazione, dr. med. _____, ha osservato il 26 gennaio 2018 che dalla perizia reumatologia a suo tempo allestita non erano emersi "nuovi aspetti medici oggettivi nel mio capo di specialità, in grado di modificare questo mio giudizio" e che "l'inabilità lavorativa attestata al 50% dal medico curante come già precisato nella mia presa di posizione del 10.11.2017, si basa su aspetti diagnostici già ben noti al momento della stesura peritale in questione. Stando agli atti di recente prodotti da legale dell'assicurato, (), vengono pure messi in discussione i suggerimenti terapeutici da me formulati, in ambito peritale; come già sottolineato nel complemento peritale alla vostra attenzione del 25.09.2017, proposte di cura analoghe erano già state scritte dal collega reumatologo privatamente consultato dall'assicurato, Dr. _____ di _____" (doc. IV-3, pag. 2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

Scopo e senso del disposto come pure dell'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_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Il legale dell'insorgente non ritiene proporzionale né pretendibile richiedere al suo assistito di sottoporsi a terapie farmacologiche a base di antidepressivi ed oppiacei quando questo non è strettamente necessario e con il solo scopo di imporre al suo cliente ad ogni costo un'attività lavorativa a tempo pieno per poi giungere all'età di pensionamento (a cui mancano solo 3 anni ritenuto che il suo assistito intende andare in pensione all'età di 58 anni) con problemi di salute ben più gravi a quelli attuali, visto che la terapia antidolorifica non curerebbe la patologia ma i unicamente i dolori da essa derivanti, con il rischio che il suo assistito compia sforzi fisici o movimenti che andrebbero ad aggravare il suo stato di salute, giungendo all'età del pensionamento con una schiena completamente distrutta e finanche con ulteriori problemi causati dalla farmacoterapia impostagli (doc. I, pag. 20). Il parere del legale dell'assicurato non permette nuovamente di modificare la conclusione a cui è giunto il TCA, avendo il valore di una semplice dichiarazione di parte e non potendo quindi essere condivisa.

A questo proposito occorre evidenziare 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 (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6 e rinvii ivi citati). Inoltre, secondo la giurisprudenza, un diritto

alla rendita non può di principio insorgere "solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Ist durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu bewirken, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor" (STF 9C_254/2013 del 30 Ottobre 2013 consid. 3.1 und 9C_947/2012 del 19 giugno 2013 consid. 3.2.2 con rinvii)."D'altra parte, sia il dr. med. _____ sia il dr. med. _____, ambedue consultati privatamente dall'assicurato hanno messo in evidenza la possibilità di migliorare il trattamento farmacologico e/o fisioterapico a cui sottoporre l'insorgente. Va ricordato che, quando 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 prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art.29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid.3c con riferimenti).

Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita.

In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid.3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal perito reumatologo dell'amministrazione) presenta un'incapacità lavorativa totale dal 23 marzo 2015 e un'abilità lavorativa completa (presenza e rendimento 100%) dal 14 aprile 2015, posto che l'assicurato si sottoponga ad una farmacoterapia analgesica proporzionata all'intensità dei dolori accusati sull'arco delle 24 ore (comprovando l'aderenza terapeutica tramite un dosaggio dei farmaci nel sangue) e ad un riallenamento muscolare a lungo termine a margine delle ore lavorative. In siffatte circostanze le censure ricorsuali volte a contestare l'esigibilità in attività adeguate dell'assicurato vanno respinte. 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 e9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3).

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 no. 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%).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'453.12 (fr.63'744: 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Il "reddito da invalido" per il 2016 è, pertanto, fissato a fr. 67'133.-.

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).

In concreto l'UAI nel calcolo di cui al doc. 37 (cfr. pag. 118 e 119 incarto AI) ha operato unadecurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale per attività leggere (5%) e per altri svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (10%).

Globalmente, e tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto come pure del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che una deduzione sociale del 15%, così come peraltro stabilito dall'UAI nel precitato calcolo, tiene ampiamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Il "reddito da invalido" difr.67'133.- (cfr. consid. 2.11.1), tenuto conto di una decurtazione sociale del 15%, ammonta dunque a fr. 57'063.05.

Infine, la circolare sui provvedimenti d'integrazione di ordine professionale (CPIP) prevede:

"4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente:

- a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no;

- l'assicurato deve essere idoneo all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale;
- la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità dell'assicurato. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile.

()

4013 Se un assicurato è sufficientemente integrato o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria.■

Infine, con STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che:

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

E. 10

kg il sig. RI 1 è stato compiutamente informato che deve rivolgersi a un collega _____ per il sollevamento o la movimentazione degli stessi. (...) " (Doc. IV-2). Nelle osservazioni del 22 febbraio 2018 il patrocinatore dell'assicurato ha puntualizzato quanto segue: " (...) Si richiama a questo proposito nuovamente la dichiarazione 27 dicembre 2017 del Collega del ricorrente _____ (...). Diversamente da quanto indicato da _____ (scritto 16 gennaio 2018 di _____ all'Ufficio AI, pag. 2), non sarebbe evidente-mente pensabile per il ricorrente chiedere l'intervento di un collega ogni qualvolta vi sia un peso da sollevare, ritenuto che ciò accade sovente e che l'intervento da parte dei colleghi non sempre può essere solerte e pratico. Inoltre l'attività in questione implica per il ricorrente RI 1 movimenti continui e il mantenimento prevalente della posizione eretta in quanto egli deve in particolare sorvegliare e coadiuvare l'attività svolta dai diversi detenuti, attualmente per giunta con problemi psico-fisici ragguardevoli, cosa che non può fare da seduto. Non è pertanto possibile per lui alternare liberamente la posizione eretta a quella seduta. In risposta a quanto indicato dal dir. _____ circa il fatto che solo ora avrebbe appreso della lamentata situazione lavorativa non conforme da parte del ricorrente, si precisa che quest'ultimo - che come indicato svolge il suo lavoro con impegno e passione - ha semplicemente precisato che il suo mansionario comporta il sollevamento di pesi e movimenti a cui non si fa tuttavia alcun riferimento nel mansionario trasmesso da _____. Questo è verosimilmente da ricondurre anche al fatto che per una persona che non soffre della patologia del ricorrente non è facile comprendere come anche solo movimenti e posizioni che di norma non dovrebbero arrecare disturbo, comportino invece notevole sforzo fisico e ripercussioni importanti sullo stato di salute del ricorrente e sui dolori da questi patiti. Evidentemente nessuno meglio di un _____ può effettivamente rendersi conto dei movimenti e degli sforzi fisici che comporta lo svolgimento di questo lavoro, ragion per cui si ritiene che la dichiarazione resa da _____ in data 27 dicembre 2017 (doc. 2) confuti inequivocabilmente quanto indicato da _____ e dal dir. _____ i quali si occupano per contro di altre mansioni all'interno del _____.

(...) " (doc. X, pag. 7-8; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Alla luce di questi elementi contraddittori, il TCA non può pertanto concludere sulla base degli atti di causa che l'attività attualmente svolta dall'assicurato all'interno della _____ quale capo _____ è adeguata al suo stato di salute oppure no e, quindi, non è in grado di determinare se RI 1 è stato debitamente reintegrato all'interno della _____ quale capo _____ - senza perdita economica, avendo mantenuto la stessa classe di stipendio - così come ritenuto dall'UAI nella decisione avversata oppure no. La questione può tuttavia rimanere qui indecisa. Quand'anche l'assicurato non dovesse infatti risultare debitamente reintegrato nell'attuale posto di lavoro, il grado di invalidità deve essere determinato mediante il raffronto dei redditi, considerando la residua capacità lavorativa del ricorrente in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro.

2.5. A questo proposito il TCA osserva che a pag. 6 in fine della risposta del 31 gennaio 2018 (doc. IV) dell'UAI si legge quanto segue: " (...) A titolo puramente abbondanziale, si rileva che anche se l'assicurato dovesse svolgere - per ipotesi di lavoro - delle altre attività adeguate al suo stato di salute nella misura del 100%, egli non presenterebbe comunque il grado minimo del 40% per poter beneficiare del diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. il doc. 37 incarto AI) ". Parimenti leggesi a pag. 4 in fine delle osservazioni del 1° marzo 2018 dell'UAI (doc. XII). A suffragio delle proprie argomentazioni l'UAI ha richiamato il calcolo di cui al doc. 37 dell'incarto AI (cfr. pag. 118 e 119 incarto AI), dal quale scaturisce un grado di invalidità del 38.04% nel 2014, a fronte di un reddito "da valido" di fr. 90'769.- calcolato sulla base dei dati forniti dal datore di lavoro (cfr. questionario del 12 giugno 2015 di cui a pag. 76-83 incarto AI) e ad un reddito "da invalido" di fr. 66'169.72 determinato sulla base della TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, uomini, e operando successivamente una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale per attività leggere e per altri svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, giungendo così all'importo di fr. 56'244.26. Dal canto suo, il patrocinatore dell'insorgente ribadisce anche in questa sede - sia col gravame (cfr. doc. I) sia con le successive osservazioni del 22 febbraio 2018 (cfr. doc. X) e del 9 marzo 2018 (cfr. doc. XIV) - che, a causa della sua patologia, il suo cliente non è in grado di svolgere attività lavorativa anche leggera al 100%.

2.6. Dalle tavole processuali emerge che l'8 settembre 2016 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, ha osservato quanto segue: " (...) il paziente presenta delle lombalgie croniche recidivanti con blocchi lombari a ripetizione in relazione con una degenerazione diffusa di tutto il rachide lombare. Egli può rimanere seduto al massimo per 40-50 minuti di file, in piedi per lo stesso tempo. Deve evitare posizioni inergonomiche del rachide lombare, evitare di sollevare pesi a 5-10 kg anche occasionalmente. Con tutte queste limitazioni il paziente può lavorare solo al 50% nel suo mestiere attuale e anche in mestieri adatti. (...) " (pag. 167 incarto AI). L'assicurato è stata sottoposto ad una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale nel rapporto del 20 dicembre 2016 ha posto la diagnosi di " Sindrome panvertebrale, prevalentemente toracolombovertebrale cronica in: - Alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (discopatie L2-S1 con alterazioni osteocondrosiche Modic I L3/L4 ed L4/L5); - Esiti da morbo di Scheuermann; Disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale e della colonna lombare, scoliosi destroconvessa toracolombare compensata); - Decondizionamento e sbilancio muscolare e Probabile coxartrosi bilaterale ". Il perito dell'amministrazione, ha analizzato compiutamente lo stato reumatologico del ricorrente nel corso di una visita che ha avuto luogo il 19 dicembre 2016. Dopo aver riassunto l'anamnesi

personale, sistematica, e sociale, il perito dell'UAI ha riportato i dati soggettivi dell'assicurato e i dati oggettivi (esame reumatologico della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche), le proprie osservazioni e la propria valutazione, osservando, in particolare, per quanto qui maggiormente interessa, quanto segue: " (...) I sintomi accusati, i deficit fatti valere dall'assicurato possono dunque essere soltanto parzialmente spiegabili con le alterazioni strutturali finora dimostrate. Il trattamento analgesico al momento in atto, come già in passato, non è proporzionale all'intensità dei sintomi accusati sull'arco delle 24 ore. (...). Dal lato terapeutico, propongo di instaurare un trattamento analgesico proporzionato all'intensità dei dolori accusati dall'assicurato, quotidiano, in grado di agire sul dolore durante le 24 ore della giornata, pensando eventualmente anche ad un approccio farmacologico algomodulatore centrale, rivolto ad innalzare la soglia del dolore; parallelamente l'assicurato dovrà continuare a mantenere la muscolatura ricondizionata, onde far fronte agli sforzi della vita quotidiana. Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10-15 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti 15 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può di rado sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può spesso assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni quando ne risente il bisogno. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, di rado salire su scale a pioli. Questi limiti funzionali tengono unicamente conto degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio campo di specialità, ma non di fattori non assicurati, quali l'età, la formazione, problemi economici, la disponibilità sull'attuale posto di lavoro, rispettivamente sul mercato del lavoro locale, di un'attività adatta allo stato di salute rispettivamente conforme alle aspettative dell'assicurato. Detti limiti funzionali e di carico, sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero. Vi sono dunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale. In un lavoro adatto allo stato di salute attuale, come già ritenuto dal medico _____, il 12.5.2015, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100 %, a differenza di quanto affermato dal reumatologo curante, il quale giudizio mi appare pessimistico, se pensiamo che l'assicurato è in grado di ottimizzare il trattamento analgesico attualmente insufficiente; questa valutazione della capacità lavorativa per un lavoro adatto allo stato di salute, è applicabile a decorrere dal 14.4.2015, allorché iniziava un'inabilità lavorativa del 50 %, come dichiarato dall'assicurato nella richiesta di rilevamento tempestivo all'assicurazione invalidità datata 11.5.2015. (...). " (pag. 209-210 incarto AI). Nel rapporto finale del 22 dicembre 2016, il medico SMR, _____, dopo aver ripreso la diagnosi posta dal perito reumatologo, per quanto qui maggiormente

interessa, ha fissato in attività adeguata un'inabilità lavorativa totale dal 23 marzo 2015 e un'abilità lavorativa completa dal 14 aprile 2015, puntualizzando un carico massimo di 5 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (inclusa), nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari, riprendendo le limitazioni funzionali fissate dal perito reumatologo (pag. 197-200 incarto AI). Il 27 giugno 2017 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, ha osservato quanto segue: " (...) non prendo posizione riguardo alla capacità lavorativa che è stata valutata in modo peritale. Resta aperta la possibilità vista l'eventuale discrepanza nella valutazione tra 2 reumatologi la possibilità dell'esecuzione di un EFL (esami standard di valutazione della residua capacità lavorativa in pazienti con problemi osteomuscolari). (...). Per quello che invece riguarda la fisioterapia, ho spiegato al paziente che non sono state sfruttate tutte le possibilità. Di fianco ad un potenziamento medicamentoso come l'eventuale introduzione di oppioidi come soprattutto di un antidepressivo al fine di alzare la soglia del dolore, resta essenziale un rinforzo muscolare in presenza di una chiara insufficienza del conto gluteo addominale. Da questo punto di vista è consigliata la fisioterapia sia a secco che in acqua (...) sino ad un ricovero per una terapia più intensiva da eseguirsi tutti i giorni, terapia però soprattutto attiva. (...) " (pag. 259 incarto AI). Il 19-20 luglio 2017 ha avuto luogo la valutazione della capacità funzionale dell'assicurato presso la _____. Dal relativo rapporto dell'11 agosto 2017 (pag. 263-279 incarto AI) si evince quanto segue: " (...) Proposte concrete per il reinserimento professionale. Rimanere nell'attuale attività, per ora alle stesse condizioni, da rivedere dopo avere esaurito tutte le possibilità terapeutiche (vedi Osservazioni). Osservazioni. Il presente EFL si è concentrato unicamente sugli aspetti muscolo-scheletrici e funzionali senza tenere conto di eventuali altre diagnosi o considerazioni. A nostro avviso prima di considerare un qualsiasi cambio di attività del paziente sarebbe ottimale seguire il consiglio del Dr. med. _____ bel suo rapporto del 27.06.2017 che conclude sull'opportunità di considerare un periodo di fisioterapia intensiva, con un programma specifico, in ricovero o in DH, che contempli oltre il rinforzo muscolare, anche l'apprendimento di un corretto controllo motorio e di una migliore conoscenza delle possibilità ergonomiche sul lavoro. Questo potrebbe migliorare le condizioni fisiche e funzionali del paziente che abbinate con una buona gestione di eventuali antidolorifici potrebbero migliorare anche la capacità lavorativa ed il rendimento del paziente in genere e facilitare eventuali decisioni future sulla loro esigibilità. Proposte in relazione ad ulteriori trattamenti In questo periodo il paziente va settimanalmente in piscina ed ha degli esercizi che esegue a casa, ma che da tempo non vengono corretti e ricontrollati. Da un po' di tempo non fa sedute di fisioterapia e in generale i trattamenti consistevano in applicazioni passive ed analgesiche. Riteniamo che un procedere terapeutico come segnalato più sopra potrebbe portare, se seguito con impegno, a buoni risultati e miglioramenti. (...)" (pag. 266 incarto AI). Dal medesimo rapporto si evince altresì quanto segue: "(...) Terapia medicamentosa Voltaren 50 mg /75 mg ret (la mattina a giornate alterne a dipendenza dal dolore). Mydocalm (terapia non più assunta). FKT. Osservazioni: Attività lavorativa di assistente _____. Giudizi e consigli da punto di vista medico Il paziente è risultato essere ben collaborante sia durante la raccolta anamnestica che la valutazione clinica. Per quanto riguarda giudizi e consigli in merito al presente test EFL rimando alle conclusioni comuni con il terapista che ha eseguito i test, ritenendo comunque coerente e favorevole un tentativo riabilitativo in regime di DH semi intensivo con balneoterapia, prima di fissare un'eventuale capacità lavorativa o decidere in merito ad un cambio di attività. Si affida come sempre al curante ogni ulteriore provvedimento

diagnostico terapeutico. Resto a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento. (...) " (pag. 270 incarto AI). Interpellato dall'amministrazione il 12 settembre 2017 in merito alla documentazione acquisita agli atti successivamente alla valutazione peritale del 19 dicembre 2016 (pag. 301 incarto AI), il 25 settembre 2017 il perito reumatologo dell'amministrazione, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " (...) Dagli atti medici aggiuntisi dopo la valutazione reumatologica peritale presso il sottoscritto del 19.12.2016 risulta che le diagnosi allora poste possono essere riconfermate; anche i medici successivamente consultati hanno ribadito l'assenza di un trattamento analgesico farmacologico e fisioterapico adeguato allo stato di salute dell'assicurato che, al momento della valutazione EFL il 19 e 20.7.2017 necessitava di una farmacoterapia analgesica ancora più modesta di quella segnalata il 19.12.2016. (...). Per quanto concerne un'attività adatta allo stato di salute dell'assicurato, tenente conto dei limiti funzionali e di carico constatati durante l'esame EFL del 19 e 20.7.2017, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100 %, premesso che l'assicurato si sottoponga ad una farmacoterapia analgesica proporzionata all'intensità dei dolori accusati sull'arco delle 24 ore (comprovando l'aderenza terapeutica tramite un dosaggio dei farmaci nel sangue) e ad un riallenamento muscolare a lungo termine a margine delle ore lavorative, ricondizionamento come anche suggerito dal reumatologo consultato Dr. _____ di _____, e dal Dr. _____ medico internista che ha eseguito l'esame EFL. (...) " (pag. 308 e 309 incarto AI). Il 29 settembre 2017 il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, giusta il quale il ricorrente era inabile al lavoro al 50% dal 1° al 31 ottobre 2017 per "sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari" (pag. 311 e 312 incarto AI). Il 31 ottobre 2017 il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, giusta il quale il ricorrente era inabile al lavoro al 50% dal 1° al 30 novembre 2017 per "sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari" (pag. 320 e 321 incarto AI). Interpellato dal medico SMR, _____, il 30 settembre 2017 (pag. 316 incarto AI), il 10 ottobre 2017 il perito reumatologo dell'amministrazione, dr. med. _____, ha risposto al medico SMR quanto segue: " (...) mi sottopone un certificato di inabilità lavorativa redatto il 29.09.2017 dal Dr. _____, specialista FMH in medicina generale, medico curante dell'assicurato, il quale descrive nella diagnosi una sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari, attestando un'inabilità lavorativa del 50% dall'1.10.2017 al 31.10.2017; gli aspetti diagnostici descritti dal Dr. _____ erano già noti al sottoscritto al momento della stesura del rapporto peritale. Con scritto del 30.10.2017 mi attesta inoltre che "... il datore di lavoro dell'A. (il capo servizio _____ sig. _____) il 24.10.2017 conferma che il mansionario lavorativo dell'A. è quello che era stato trasmesso al medico _____ Dr.ssa med. _____ nel marzo 2016, quindi lo stesso già presente negli atti da lei vagliati al momento peritale.". Sulla scorta dei dati finora acquisiti dopo la valutazione reumatologica peritale in questione, posso dunque soltanto riconfermare quanto stabilito a riguardo della capacità lavorativa dell'assicurato, sia per un'attività adatta al suo stato di salute, sia per l'attività solita. (...) " (pag. 322-323 incarto AI). Il medico SMR, _____, nell'annotazione del 16 novembre 2017, ha rilevato quanto segue: " (...) Alla luce delle precisazioni peritali del Dr. med. _____ pervenute agli atti e sopra citate, si conferma il rapporto medico SMR del 22.12.2016. " (pag. 324 incarto AI; n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice). Il 28 novembre 2017 il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il

certificato medico del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, giusta il quale il ricorrente era inabile al lavoro al 50% dal 1° al 31 dicembre 2017 per "sindrome lombare cronica con ripetuti blocchi lombari" (pag. 325 e 326 incarto AI). Il medico SMR, _____, nell'annotazione del 5 dicembre 2017, ha rilevato quanto segue: " (...) La nuova documentazione medica pervenuta agli atti del Dr. med. _____, certificante il prosieguo della IL dell'A., identica alla precedente, è stata già vagliata dal perito Dr. med. _____ il 10.11.2017. Si riconferma il rapporto medico SMR del 22.12.2016. " (pag. 328 incarto AI; n.d.r.: il grassetto e la sottolineatura non sono della redattrice). Davanti al TCA, interpellato dall'amministrazione il 22 gennaio 2018 in merito alla documentazione acquisita agli atti successivamente alla valutazione peritale del 19 dicembre 2016 (doc. IV-3), il perito reumatologo dell'amministrazione, dr. med. _____, ha osservato il 26 gennaio 2018 che dalla perizia reumatologia a suo tempo allestita non erano emersi " nuovi aspetti medici oggettivi nel mio capo di specialità, in grado di modificare questo mio giudizio " e che " l'inabilità lavorativa attestata al 50% dal medico curante come già precisato nella mia presa di posizione del 10.11.2017, si basa su aspetti diagnostici già ben noti al momento della stesura peritale in questione. Stando agli atti di recente prodotti da legale dell'assicurato, (...), vengono pure messi in discussione i suggerimenti terapeutici da me formulati, in ambito peritale; come già sottolineato nel complemento peritale alla vostra attenzione del 25.09.2017, proposte di cura analoghe erano già state scritte dal collega reumatologo privatamente consultato dall'assicurato, Dr. _____ di _____ " (doc. IV-3, pag. 2). 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le

certificazioni dei medici curanti. Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.8. Nella concreta evenienza, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, il TCA non ha motivo per mettere in dubbio il rapporto del 20 dicembre 2016 ed i relativi complementi (25 settembre e 10 ottobre 2017 e 26 gennaio 2018) in ambito reumatologico del perito dell'amministrazione, da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, ai quali va dunque attribuita piena forza probante, e fatti propri dall'UAI. In particolare, il TCA non ha ragione per scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito reumatologo nel rapporto del 20 dicembre 2016 e completate/confermate nei successivi scritti del 25 settembre e 10 ottobre 2017 e 26 gennaio 2018. Del resto la valutazione in ambito reumatologico dello specialista dell'amministrazione non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. In effetti, il rapporto dell'8 settembre _____ è stato debitamente preso in considerazione e analizzato dal perito dell'amministrazione, in particolare nella valutazione del 20 dicembre 2016 ed è, quindi, in ogni caso antecedente alla citata perizia reumatologica. D'altra parte la valutazione del reumatologo curante, seppur divergente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito reumatologo e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell'interessato ha sulla sua capacità di lavoro. Inoltre essa non tiene conto della possibilità di migliorare la capacità di lavoro residua dell'assicurato mediante un trattamento farmacologico e/o fisioterapico adeguato al danno alla salute presentato dall'insorgente. Il 27 giugno 2017 dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, consultato privatamente dall'assicurato non si è espresso in merito alla capacità lavorativa del ricorrente. Lo specialista in questione ha in ogni caso messo in evidenza la possibilità di migliorare il trattamento farmacologico e/o fisioterapico a cui sottoporre l'insorgente. Anche dal rapporto dell'11 agosto 2017 relativo alla valutazione del 19-20 luglio 2017 della capacità funzionale dell'assicurato presso la fisioAndreotti - che, per quanto qui interessa, non si esprime in merito alla capacità lavorativa (in attività adeguata) del ricorrente - emerge in ogni caso l'indicazione per un sensibile miglioramento trattamento farmacologico e/o fisioterapico a cui sottoporre l'insorgente. Dal canto loro gli svariati certificati medici agli atti del dr. med. _____, medico curante generico dell'assicurato, non sono allestiti da uno specialista della materia che qui ci occupa, non si

esprimono in merito alla capacità lavorativa (in attività adeguata) del ricorrente, sono stati debitamente presi in considerazione e analizzati dal perito dell'amministrazione (o, da ultimo, dal medico SMR), non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito reumatologo (o, da ultimo, dal medico SMR) e non tengono conto della possibilità di migliorare la capacità di lavoro residua dell'assicurato mediante un trattamento farmacologico e/o fisioterapico adeguato al suo danno alla salute. Neppure il parere del legale dell'assicurato - giusta il quale l'assicurato non sarebbe in grado di svolgere un'attività leggera al 100% e che la terapia analgesica che segue (quasi giornalmente l'antidolorifico Voltaren 50mg/75 mg e all'occorrenza pure il rilassante muscolare Mydocalm), non scivola da effetti collaterali, gli consente a mala pena di mantenere l'attuale occupazione al 50% - permette di modificare tale conclusione, avendo il valore di una semplice dichiarazione di parte e non potendo quindi essere condivisa dal TCA. Stante quanto precede, in summa, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal perito reumatologico, che ha proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurato, è specialista della materia che qui ci occupa e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. In siffatte circostanze il fatto che la visita dal reumatologo sia avvenuta di lunedì mattina (e, quindi, dopo un weekend di riposo) e su di un arco temporale giudicato breve dal patrocinatore dell'assicurato è irrilevante ai fini del giudizio. Del resto, secondo la giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e conclusione (cfr. sentenza 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; STCA 32.2016.95 dell'11 aprile 2017, consid. 2.7.3; DTF 125 V 351 consid. 3a). Le considerazioni del dr. med. _____ sono state pure confermate dal medico SMR (cfr. valutazione del 22 dicembre 2016 e relativi complementi del 16 novembre e del 5 dicembre 2017). A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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 - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'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_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Il legale dell'insorgente non ritiene proporzionale né pretendibile richiedere al suo assistito di sottoporsi a terapie farmacologiche a base di antidepressivi ed oppiacei quando questo non è strettamente necessario e con il solo scopo di imporre al suo cliente ad ogni costo un'attività lavorativa a tempo pieno per poi giungere all'età di pensionamento (a cui mancano solo 3 anni ritenuto che il suo assistito intende andare in pensione all'età di 58 anni) con problemi di salute ben più gravi a quelli attuali, visto che la terapia antidolorifica non curerebbe la patologia ma i unicamente i dolori da essa derivanti, con il rischio che il suo assistito compia sforzi fisici o movimenti che andrebbero ad aggravare il suo stato di salute, giungendo all'età del

pensionamento con una schiena completamente distrutta e finanche con ulteriori problemi causati dalla farmacoterapia impostagli (doc. I, pag. 20). Il parere del legale dell'assicurato non permette nuovamente di modificare la conclusione a cui è giunto il TCA, avendo il valore di una semplice dichiarazione di parte e non potendo quindi essere condivisa. A questo proposito occorre evidenziare 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 (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6 e rinvii ivi citati). Inoltre, secondo la giurisprudenza, un diritto alla rendita non può di principio insorgere "solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Ist durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu bewirken, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor" (STF 9C_254/2013 del 30 Ottobre 2013 consid. 3.1 und 9C_947/2012 del 19 giugno 2013 consid. 3.2.2 con rinvii)." D'altra parte, sia il dr. med. _____ sia il dr. med. _____, ambedue consultati privatamente dall'assicurato hanno messo in evidenza la possibilità di migliorare il trattamento farmacologico e/o fisioterapico a cui sottoporre l'insorgente. Va ricordato che, quando 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 prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal perito reumatologo dell'amministrazione) presenta un'incapacità lavorativa totale dal 23 marzo 2015 e un'abilità lavorativa completa (presenza e rendimento 100%) dal 14 aprile 2015, posto che l'assicurato si sottoponga ad una farmacoterapia analgesica proporzionata all'intensità dei dolori accusati sull'arco delle 24 ore (comprovando l'aderenza terapeutica tramite un dosaggio dei farmaci nel sangue) e ad un riallenamento muscolare a lungo termine a margine delle ore

lavorative. In siffatte circostanze le censure ricorsuali volte a contestare l'esigibilità in attività adeguate dell'assicurato vanno respinte. 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). 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 assicurata 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. 2.9. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute dell'assicurato. Il TCA osserva che il calcolo di cui al doc. 37 dell'incarto AI (cfr. pag. 118 e 119 incarto AI), dal quale scaturisce un grado di invalidità del 38%, è relativo all'anno 2014. Va qui ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Vengono considerati i dati del 2016, visto che l'incapacità lavorativa di lunga durata è iniziata nella primavera del 2015 (cfr. consid. 1.1.) e, pertanto, il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto dell'anno di attesa di cui all'art. 28 cpv. 1 LAI, viene a cadere nella primavera 2016. 2.10. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito 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 adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto

di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

2.10.1. Per quanto concerne il reddito da valido, se non fosse subentrato il danno alla salute (nel 2015) e avesse continuato a svolgere la sua abituale attività lavorativa (_____ in misura del 100% presso il _____), l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2016 un salario annuo lordo di fr. 90'769.- sulla base dei dati forniti dal datore di lavoro, posto che dal 1° gennaio 2011 RI 1 percepisce un salario mensile lordo di fr. 6'982.25 più tredicesima, pari a fr. 90'769.- lordi annui (cfr. pag. 78 e 79) Il "reddito da valido" quale " _____ " al 100% per il 2016 è, pertanto, fissato a fr. 90'769.- . 2.11. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che 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 una 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). 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 no. 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 p. 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 anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. 2.11.1. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente potrebbe meglio sfruttare la sua capacità residua in attività leggere e confacenti al suo stato di salute, per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. D all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 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 tirage_skill_level (NOGA08, RSS 2014; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), emerge 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; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) 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.- (Fr. 5'312.- x 12 mesi). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: " Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique "), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'453.12 (fr. 63'744 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2016, si ottiene un salario di fr. 66'646.30 per il 2015 e di fr. 67'133.- per il 2016 ([63'744.-- : 103.2 x 104.1; Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016]; riportati all'orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41.7 per quell'anno; STCA 32.2017.209 del 10 settembre 2018, consid. 2.8). Il "reddito da invalido" per il 2016 è, pertanto, fissato a fr. 67 '133.- . 2.11.2. 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. 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). In concreto l'UAI nel calcolo di cui al doc. 37 (cfr. pag. 118 e 119 incarto AI) ha operato una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale per attività leggere (5%) e per altri svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (10%). Globalmente, e tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto come pure del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che una deduzione sociale del 15%, così come peraltro stabilito dall'UAI nel precitato calcolo, tiene ampiamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Il "reddito da invalido" di fr. 67'133.- (cfr. consid. 2.11.1), tenuto conto di una decurtazione sociale del 15%, ammonta dunque a fr. 57'063.05. 2.12. Confrontando il reddito da invalido di fr. 57'063.05 (cfr. consid. 2.11.2) con quello da valido di fr. 90'769.- (cfr. consid. 2.10.1), si ottiene un grado d'invalidità del 37% ($[90'769.00 - 57'063.05] \times 100 : 90'769.00 = 37.13\%$ arrotondato al 37% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) che non dà diritto a una rendita d'invalidità. 2.13. Essendo il grado di invalidità dell'insorgente superiore al 20%, egli potrebbe teoricamente avere diritto ad una riforma professionale. 2.13.1. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute (lett. b). Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente (art. 8 cpv. 1bis LAI). Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (art. 8 cpv. 3 lett. a LAI) ed i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riforma professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). Secondo l'art. 17 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari a circa il 20% (STF 8C_689/2015 del

E. 15

gennaio 2016: "(...) von rund 20% voraussetzt, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt."; DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è quindi del 20%. Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI, per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in

particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). Infine, la circolare sui provvedimenti d'integrazione di ordine professionale (CPIP) prevede: " 4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente: - a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no; - l'assicurato deve essere idoneo all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; - la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità dell'assicurato. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile. (...) 4013 Se un assicurato è sufficientemente integrato o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria." Infine, con STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni espone nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...) " (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6). 2.13.2. Nel caso di specie, va evidenziato che il ricorrente, pur avendo raggiunto il grado minimo d'invalidità del 20% richiesto (cfr. considerando 2.12), senza dover intraprendere una specifica riqualifica professionale, può, per i motivi già espressi al considerando 2.8, svolgere attività semplici e ripetitive dal profilo fisico leggero (cfr. anche sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011; cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Come già indicato al consid. 2.8, va qui ribadito che all'assicurato può essere richiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza, fisicamente assai leggere, che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. STCA 32.2013.75 del 28 gennaio 2014 e 32.2011.143 del 21 novembre 2011). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti

esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Ne segue che al ricorrente non può essere riconosciuto alcun diritto a provvedimenti professionali (riqualifica/riformazione professionale), ritenuto che gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. anche le STCA 32.2015.83 del 4 maggio 2016, 32.2014.17 del 27 luglio 2015, 32.2014.95 del 21 maggio 2015, 32.2013.75 del 28 gennaio 2014). 2.14. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va confermata. 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.- e fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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