

## **TI\_GERICHTE 32.2018.58 vom 21. März 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-03-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.58](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.58)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.58 du 21 mars 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.58 del 21 marzo 2018

### **Regeste**

Negata la rendita all'assicurato potendo egli svolgere attività adatte alle sue affezioni. TCA conferma

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.4. Ricevuta la domanda di prestazioni, con la quale l'assicurato lamentava la presenza di un'ernia discale, l'amministrazione ha acquisito documentazione medica, in particolare una valutazione effettuata dal dr. \_\_\_\_\_, reumatologo, in data 17 ottobre 2016 su incarico dell'assicuratore malattia. In tale perizia, poste le diagnosi di “ Lombalgie recidivanti con recente blocco iperalgico (giugno 2016) e anamnesticamente componente anche radicolare irritativa a sinistra (2015) in/con alterazioni degenerative secondo RM del 21 .06.2016, L2/3 : condrosi, L4/5: osteocondrosi con ernia discale paramediana sinistra, L5/S1: lieve

osteocondrosi con ernia mediolaterale sinistra, attualmente sindrome lombovertebrale modica e persistente irritabilità segmentale in L4/5 e L5/S1 senza segni neurocompressivi in atto, Gonalgia meccanica a destra in presenza di una probabile (iniziale ?) gonartrosi con segni di attivazione in esiti da artroscopia per problematiche meniscali riferite (circa 2005)", il reumatologo aveva esposto, tra l'altro, quanto segue: "(...) Valutazione All'origine della presente incapacità lavorativa del signor RI 1 in qualità di muratore, certificata del 100% dal 13.06.2016, vi è stato inizialmente un blocco iperalgico lombare manifestatosi in data dell'interruzione dell'attività, questa volta senza ripercussioni periferiche né soggettive né oggettive. La sofferenza lombare è comunque nota già da tempo con la necessità di cure mediche ed indagini già in precedenza, documentate a partire dal 2014 e con nel 2015 anche una componente sciatalgia a sinistra, già allora con ripercussioni anche sulla capacità lavorativa. Con le cure attuate a base di farmaci antalgici, antiinfiammatori e miorilassanti assieme ad un trattamento con radiofrequenza pulsata, questo effettuato dal neurochirurgo Dr. \_\_\_\_\_, vi è stata un'evoluzione favorevole della sofferenza, descritta ora dal paziente come un "peso" avvertito nella zona Lombosacrale e presente principalmente assumendo posizioni corporee statiche o ancora effettuando attività con il busto in flessione anteriore. Gli accertamenti hanno confermato la presenza di alterazioni degenerative soprattutto nei segmenti L4/5 e L5/S1, questi già documentati in una RM del 2015 e confermate nell'esame analogo del giugno 2016, questo mostrando delle piccole ernie discali sia in L4/5 sia in L5/S1. In base a ciò e considerando l'anamnesi pluriennale della sofferenza il neurochirurgo Dr. \_\_\_\_\_ ha suggerito un cambio dell'attività lavorativa ritenendo quella di muratore non più idonea. L'esame clinico mostra un 45enne in condizioni generali buone, collaborante, che presenta al rachide limitazioni funzionali contenute al livello lombare in presenza di un'irritabilità all'esame manuale dei segmenti L4/5 e L5/S1 con un ipertono piuttosto rilevante della muscolatura paralombare ma senza ripercussioni neurologiche agli arti inferiori (assenti anche negli esami clinici dei medici curanti). Parallelamente noto discreti segni flogistici al ginocchio destro nell'ambito di una probabile gonartrosi (in esiti da un intervento artroscopico circa 10 anni fa, secondo il paziente per problematiche meniscali), articolazione tornata sintomatica da circa un anno con disturbi soprattutto in carico e nell'accovacciarsi. Interpreto la sofferenza lombare nell'ambito delle alterazioni strutturali documentate con un'irritabilità oligo-segmentale in corrispondenza delle presenti discopatie tra L4 e S1. Assieme alla patologia funzionale (e strutturale per quanto valutabile clinicamente) del ginocchio destro risultano limitazioni della caricabilità fisica del paziente che giudico come segue: - sollevamento e/o trasporto di carichi (rispettando l'ergonomia per il rachide): molto leggeri (fino a 5 kg): normale, leggeri (fino a 10 kg): normale, medi (fino a 25 kg): ridotta, pesanti (oltre a 25 kg): nulla, sopra il piano delle spalle: - di 5 kg: lievemente ridotta, + di 5 kg: ridotta - manipolazione di oggetti ed attrezzi: leggeri/di precisione: normale, medi: lievemente ridotta, pesanti: ridotta, molto pesanti: nulla - posizioni di lavoro o dinamiche particolari: a braccia elevate: normale, con rotazione del tronco: normale, seduta e piegata in avanti: normale, eretta e piegata in avanti: ridotta, inginocchiata: molto ridotta, con ginocchia in flessione: ridotta - mantenere posizioni statiche: seduta: non oltre un'ora senza interruzione, eretta: non oltre mezzora senza interruzione - spostarsi/camminare: fino e oltre 50 m: normale, per lunghi tragitti: con brevi pause, su terreno accidentato: lievemente ridotta (ginocchio destro), salire/scendere scale: lievemente ridotta (ginocchio destro), spostamenti su ponteggi e scale a pioli: lievemente ridotta (ginocchio destro) - diversi: l'impiego delle 2 mani all'altezza di un tavolo è possibile in forma normale, il

paziente non presenta disturbi d'equilibrio. Dopo essersi ristabilito dal recente episodio iperalgico del tratto lombare le condizioni attuali del paziente appaiono consolidate. Le presenti limitazioni funzionali hanno la loro origine in alterazioni strutturali irreversibili (della colonna lombare e del ginocchio destro) e risultano perciò definitive. Concordo con il neurochirurgo Dr. \_\_\_\_\_ sulla necessità di un adattamento del mansionario rispettivamente di un cambio dell'attività lavorativa essendo quella di muratore non più confacente (IL maggiore del 70% per rischio di ricadute rispettivamente di un ulteriore peggioramento sia clinico sia strutturale delle presenti patologie). Per un lavoro adatto alle risorse fisiche come definite sopra il signor RI 1 è dal profilo medico-teorico invece abile al 100% (per presenza e rendimento) e questo a partire da subito.” (doc. B) L'amministrazione ha quindi interpellato il curante dr. \_\_\_\_\_, generalista, il quale il 25 novembre 2016 ha attestato un'ina-bilità completa a motivo di “ lombalgia cronico-ricidivante su alterazioni degenerative della colonna, condrosi L3, osteocondrosi con ernia discale L4-L5 e L5-S1, elettrostimolazione transcutanea funzionale con radio frequenza pulsata (27.06.16), pregressa sindrome radicolare S1 e S2 su ernia discale L5-S1 lussata caudalmente (2015)”, precisando che il paziente sarebbe dovuto venir aiutato a reinserirsi in un posto di lavoro idoneo (doc. AI 23). Agli atti figurano inoltre le certificazioni relative al ricovero dal 7 all'11 luglio 2016 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per un episodio di esacerbazione acuta della lombalgia (doc. AI 24). Sentito il medico SMR (il quale ha confermato in toto le conclusioni della perizia reumatologica, ammettendo quindi una ripresa della capacità lavorativa completa in un'attività adatta dal 17 ottobre 2016, data della perizia del dr. \_\_\_\_\_; doc. AI 44) e reso un primo progetto di decisione il 14 giugno 2017 - con il quale la richiesta veniva respinta stante una capacità lavorativa piena in attività adeguate dal 17 ottobre 2016 e un conseguente grado di invalidità nullo (doc. AI 54) - alla luce di una certificazione del dr. \_\_\_\_\_ del 11 agosto 2017 (per il quale vi era un peggioramento successivo alla perizia del dr. \_\_\_\_\_; doc. AI 62), l'Ufficio AI, sentito il SMR, ha ordinato l'allestimento di una perizia reumatologica. Nel referto peritale dell'8 dicembre 2017 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, dopo aver valutato gli atti medici, effettuati esami radiologici e un consulto ambulatoriale, ha posto le diagnosi di: " Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra, in: - Discopatie plurisegmentali lombari (protrusione erniaria intra- ed extraforaminale a sinistra L3/L4 a contatto con la radice di L3 a sinistra, bulging discale con piccola protrusione erniaria intraforaminale L4/L5 a destra, protrusione discale erniaria paramediana recessale L5/S1 a sinistra a contatto con la radice di S1 a sinistra, con alterazioni degenerative di tipo Modic I L4-S1, alla RM lombare del 17.7.2017) - Disturbi statici del rachide (accentuazione della lordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare) Decondizionamento e sbilancio muscolare. Grave gonartrosi prevalentemente bicompartimentale, femorotibiale mediale e femororotulea, in varo, a destra.” In merito alla capacità lavorativa il SMR, ha quindi concluso che andava confermata la perizia del dr. \_\_\_\_\_ nel senso che a seguito dei limiti funzionali e di carico sopramenzionati “ l'assicurato, per la sua ultima attività lavorativa espletata come muratore, va considerato inabile al lavoro in misura oltrepassante il 70 %, mentre in un lavoro adatto allo stato di salute, si riconferma anche, come ritenuto dal Dr. \_\_\_\_\_, una capacità lavorativa sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100%. Come casalingo, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, con rendimento massimo del 100 %, a partire dal 13.6.2016, allorché l'assicurato veniva dichiarato inabile al lavoro al 100% per malattia.”. In merito alle

conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione lo specialista ha quindi esposto: " (...) 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 oltre i 5 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso 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, talvolta effettuare la rotazione del tronco, può molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può di rado assumere la posizione inginocchiata, mai assumere la posizione accovacciata, può 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 corporee al bisogno. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, come pure di rado camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai 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, fattori sociali, la disoccupazione, difficoltà economiche, la disponibilità sul mercato del lavoro locale, di un'attività pienamente adatta allo stato di salute attuale, rispecchiante le aspettative dell'assicurato, ecc." (doc. AI 76) Interpellato il medico SMR (il quale nel rapporto finale dell'11 dicembre 2017 ha confermato integralmente le conclusioni dei dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, doc. AI 75), l'amministrazione ha quindi reso il 12 dicembre 2017 un nuovo progetto di decisione, con il quale veniva nuovamente confermato il diniego di prestazioni in assenza di un grado di invalidità rilevante (doc. AI 77). L'assicurato, tramite il suo rappresentante, vi si è opposto, producendo un certificato del dr. \_\_\_\_\_ del 16 gennaio 2018 (per il quale l'assicurato era inabile in misura del 50% anche in attività confacenti al suo stato di salute, doc. AI 81), e un rapporto del dr. \_\_\_\_\_, neurochirurgo, del 2 febbraio 2018, del seguente tenore: " (...) Diagnosi: . Dolore in sede lombosacrale compatibili con un dolore di tipo discogenico . Gonartrosi a destra. Dal profilo anamnestico , non ritorno sugli antecedenti, ricordando di aver trattato il sig. RI 1 nel 2015 per un dolore di tipo radicolare S1 a sinistra. La procedura di rizotomia percutanea funzionale aveva avuto successo per quanto riguarda il disturbo sciatalgiforme. Nel 2016 rivalutavo il paziente per dolori lombari acuti, senza componente sciatalgiforme, riferibili piuttosto ad un dolore di tipo discogenico, la cui diagnosi veniva assicurata mediante blocchi diagnostici selettivi risultati positivi. Trattamenti non invasivi di elettrostimolazione transcutanea funzionale portavano ad un beneficio dei dolori lamentati in sede lombosacrale, ripresi nel 2017 con manifestazione in posizione seduta, eretta e dopo aver camminato a lungo. Talvolta i dolori lombosacrali irradiano nella regione gluteale sinistra con intermittenti e diffuse parestesie negli arti inferiori. La gonartrosi a destra è ridivenuta sintomatica manifestandosi al carico, salendo e scendendo le scale. Dal profilo assicurativo il paziente presenta un'incapacità lavorativa dal 13 giugno 2016 nella sua professione abituale di muratore. Dal profilo clinico e neurologico , presenza di una sindrome lombovertebrale con DDP di 20 cm. Dolore assiale alla retroflessione ed ai bending laterali, specialmente a sinistra, Dolore palpatori in sede assiale lombosacrale ed

articolare bilateralmente. Segni di Patrick bilateralmente negativi. Test di compressione della ASI a sinistra negativo. Agli arti inferiori, manovra di pseudo-Lasègue positiva a destra in fase terminale, a sinistra verso i 70°. ROT simmetrici e medio vivaci. Assenti altri segni neurologici deficitari di tipo radicolare e midollare con vie lunghe intatte, Polsi periferici palpabili. Trofismo simmetrico. Dal profilo radiologico, una RM della colonna lombare (17.07.17) ha evidenziato la presenza di una situazione stabile a livello L5/S1 dove è presente un'ernia discale medio laterale sinistra con evoluzione della protrusione discale, sempre a sinistra, a livello L3/L4. Radiogrammi convenzionali del ginocchio destro (12.07.17) hanno posto in evidenza un'importante gonartrosi a livello della rima articolare mediale e dello spazio femoro-patellare. Valutazione I dolori attualmente lamentati dal sig. RI 1 in sede lombosacrale e gluteale a sinistra, sono clinicamente e radiologicamente compatibili con un dolore prevalentemente di tipo discogenico, causato dalla situazione discale evidenziata dalla RM della colonna lombare del 17 luglio 2017, presente a più livelli, in modo particolare a livello del segmento L5/S1 a sinistra. I dolori attualmente lamentati dal paziente trovano quindi un chiaro substrato, sia dal profilo clinico che radiologico, diagnostico mini invasivo. Un'indicazione operatoria, a mio parere, non è data poiché un intervento operativo nella situazione attuale del sig. RI 1 non garantirebbe un successo con beneficio dei dolori lamentati. Dal profilo terapeutico è quindi indicato procedere con trattamenti di tipo conservativo o di terapia del dolore mini invasiva. Dal profilo lavorativo condivido pienamente quanto scritto dal medico curante dr. \_\_\_\_\_ che reputa il paziente inabile al lavoro nella sua attività abituale di muratore al 100 %.

Condivido il parere espresso dal medico curante che il sig. RI 1, in un'attività confacente, è abile al lavoro solo al 50%, La situazione attuale a livello della colonna lombare è tale da non permettere un'abilità lavorativa al 100% in una professione confacente." (doc. E)

L'amministrazione, su incarico del SMR, ha quindi sottoposto tali certificati al dr. \_\_\_\_\_, il quale, il 13 marzo 2018, ha osservato che essi non potevano modificare il suo giudizio sulla capacità lavorativa dell'assicurato (doc. AI 88) Alla luce di queste certificazioni, con Annotazione del 16 marzo 2018 il medico SMR ha confermato il suo rapporto dell'11 dicembre 2017 (doc. AI 89). Con decisione del 21 marzo 2018 è quindi stato negato il diritto a prestazioni, motivando: " (...) Esito degli accertamenti Secondo la documentazione medica esaminata dal servizio medico regionale dell'AI, in particolare la perizia 08.12.2017 del Dr. \_\_\_\_\_, si determina che per l'attività abituale quale muratore vi è un'incapacità lavorativa in misura del 100% dal 13.06.2016 e del 75% dal 17.10.2016 mentre in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute l'incapacità lavorativa medico teorica è del 100% dal 13.06.2016 e dello 0% dal 17.10.2016. Calcolo della capacità di guadagno residua (CGR) Salario da valido Nella sua attività di muratore cat. B, per l'anno 2016, l'assicurato avrebbe potuto percepire un salario annuo di CHF 60'000.- (fonte: questionario del datore di lavoro del 24.10.2015). Salario da invalido Attività abituale Nella sua professione di muratore cat. B al 25% ne risulta un salario annuo di CHF 15'000.-. Attività adeguata A seguito della sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La nuova giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TAI). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica l'assicurato nel 2016 avrebbe potuto realizzare un salario mensile di CHF 5'367.55 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su

41.7 ore esso ammonta a CHF 5'595.70 mensili oppure a CHF è 7'148.15 per l'intero anno. Si ritiene opportuno effettuare una riduzione del 10% per attività leggera e svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Ne risulta un reddito da invalido di CHF 60'433.40. Il minor discapito economico è dato in attività adeguate e viene quindi utilizzato questo dato per fare il calcolo della capacità di guadagno residua. Grado d'invalidità  $60'000 - 60'433 \times 100 = 0\%$  60'000 Un grado d'invalidità inferiore al 40% non giustifica il diritto ad una rendita AI. In considerazione del percorso formativo/professionale e del grado di perdita di guadagno non si prendono in esame provvedimenti d'integrazione professionale legati a riqualifica. Si resta a disposizione per il finanziamento di una formazione su misura sul posto di lavoro, qualora l'assicurato dovesse reperire un'attività confacente con il danno alla salute e che gli permetta di recuperare la capacità di guadagno residua. Su esplicita richiesta scritta da parte dell'assicurato si rimane a disposizione per valutare la possibilità di attivare il nostro servizio di collocamento. Audizione Abbiamo preso atto delle osservazioni presentate al nostro progetto di decisione e del rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 16.01 .2018 e del Dr. \_\_\_\_\_ del 02.2.2018 che sono stati sottoposti all'attenzione del medico del Servizio medico regionale. Dopo aver sottoposto la documentazione al perito Dr. \_\_\_\_\_ si osserva che la stessa non contiene aspetti medici oggettivi che non siano già conosciuti al momento della valutazione peritale del 5.12.2017 e quindi non modifica quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua presenti nell'assicurato e di conseguenza della capacità lavorativa in attività abituale, rispettivamente adeguata allo stato di salute e come casalingo. Visto quanto sopra non possiamo che confermare il progetto di decisione del 12.12.2017.” (doc. AI 90) Di fronte al TCA l'assicurato ha prodotto documentazione medica già agli atti AI. 2.5. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede d'istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR

può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009; STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) 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 e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

2.6. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo questo giudice l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che, malgrado le diagnosi evidenziate dai medici interpellati, e meglio "Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra, in - Discopatie plurisegmentali lombari (protrusione erniaria intra- ed extraforaminale a sinistra L3/L4 a contatto con la radice di L3 a sinistra, bulging discale con piccola protrusione erniaria intraforaminale L4/L5 a destra, protrusione discale erniaria paramediana recessale L5/S1 a sinistra a contatto con la radice di S1 a sinistra, con alterazioni degenerative di tipo Modic I L4-S1, alla RM lombare del 17.7.2017), - Disturbi statici del rachide (accentuazione della lordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), - Decondizionamento e sbilancio muscolare, Grave gonartrosi prevalentemente bicompartimentale, femorotibiale mediale e femororotulea, in varo, a destra" (perizia dr. \_\_\_\_\_ 8 dicembre 2017 e rapporto finale SMR 11 dicembre 2017, doc. AI 75 e 76), se andava ammesso un periodo d'inabilità lavorativa totale in ogni attività lavorativa dal 13 giugno 2016, dal 17 ottobre 2016 (momento in cui l'assicurato era stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_; cfr. doc. B) l'inabilità restava del 75% nella precedente professione di muratore, ma era nulla in un'attività adeguata al suo stato di salute. Adeguata era un'attività semplice e ripetitiva rispettosa delle limitazioni elencate dalla perizia reumatologica. Questo giudice ritiene che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dalle valutazioni del dr. \_\_\_\_\_ del 17 ottobre 2016 (doc. B) e del dr. \_\_\_\_\_ dell'8 dicembre 2017 (doc. AI 76), e non ha motivo per metterne in dubbio le dettagliate e convincenti conclusioni. In effetti, nella sua attenta e completa valutazione del 17 ottobre 2016, il dr. \_\_\_\_\_, poste le menzionate diagnosi, ha illustrato come all'origine dell'incapacità lavorativa vi era stato inizialmente un blocco iperalgico lombare manifestatosi in data dell'interruzione dell'attività lavorativa. Ha rilevato che l'esame clinico mostrava un 45enne in condizioni generali buone, collaborante, con limitazioni funzionali al rachide contenute al livello lombare, in presenza di un'irritabilità all'esame manuale dei segmenti L4/5 e L5/S1 (con un ipertono piuttosto rilevante della muscolatura paralombare ma senza ripercussioni neurologiche agli

arti inferiori), oltre a segni flogistici al ginocchio destro nell'ambito di una probabile gonartrosi. Ne discendevano delle limitazioni della caricabilità fisica del paziente segnatamente con riferimento al sollevamento e/o trasporto di carichi (rispettando l'ergonomia per il rachide andavano limitati carichi medi e evitati quelli pesanti), alla manipolazione di oggetti ed attrezzi pesanti, a determinate posizioni particolari (in posizione eretta e piegata in avanti, inginocchiata e con ginocchia in flessione), a mantenere posizioni statiche, a spostarsi e camminare (su terreno accidentato, salire/scendere scale e spostamenti su ponteggi e scale a pioli). In ogni modo, l'assicurato si era ristabilito dal recente episodio iperalgico del tratto lombare con condizioni attuali consolidate. Ha quindi condiviso l'opinione del dr. \_\_\_\_\_ per cui l'attività lavorativa di muratore non fosse più confacente, mentre che in un'attività adatta alle risorse fisiche rispettose delle limitazioni elencate l'assicurato era abile al 100% (doc. B). Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.5), non si intravedono ragioni che impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_, il quale ha compiutamente valutato le problematiche di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. Del resto queste conclusioni sono state confermate integralmente dal dr. \_\_\_\_\_, laddove, nella perizia dell'8 dicembre 2017, dopo attenta valutazione della documentazione agli atti, dell'anamnesi e della descrizione soggettiva, effettuato un accurato esame clinico e esami radiologici, ha confermato le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_. Il perito, dopo aver ripercorso nel dettaglio la storia clinica dell'assicurato, ha rilevato, tra l'altro, quanto segue: "(...) I disturbi accusati dall'assicurato, i deficit funzionali fatti valere, possono essere spiegati con le alterazioni strutturali finora evidenziate; vengono tuttavia solo parzialmente riprodotti durante l'attuale valutazione peritale. Va inoltre notato che il fabbisogno analgesico quotidiano è molto modesto e che dal conteggio delle pastiglie di Mephadolor 500 mg, risulta che in 3 mesi l'assicurato sembra aver necessitato soltanto di 2 pastiglie; tenendo conto che ricorre a Mephadolor Neo 500 mg 1-1-? e questo al bisogno, bisogna dedurre che nel corso degli ultimi 3 mesi vi sia stato un unico giorno in cui ha necessitato dell'assunzione di questo farmaco; il signor Barros inoltre non è più stato sottoposto ad un programma fisioterapico da circa 5 mesi, sebbene presenti un decondizionamento e sbilancio del corsetto muscolare lomboaddominale che contribuisce al mantenimento della sintomatologia algica lombare; come già menzionato sopra, non vi è un trattamento specifico per la gonartrosi sintomatica a destra; in sintesi, la patologia reumatologica per la quale l'assicurato ha richiesto prestazioni all'assicurazione invalidità, in quanto dichiarato inabile al lavoro, non è a beneficio di un trattamento specifico. Il fabbisogno analgesico attualmente vigente non è proporzionale all'intensità dei dolori accusati. (...). L'assicurato deve evitare un ulteriore incremento del peso corporeo onde evitare un sovraccarico del rachide lombare rispettivamente delle articolazioni agli arti inferiori; va messo a beneficio di un trattamento analgesico proporzionato all'intensità dei dolori, in grado di coprire le 24 ore della giornata, ciò gli permetterà di riavviarsi verso un intenso programma di riequilibrio e ricondizionamento della muscolatura, da praticare durante più mesi, a margine delle ore lavorative, in grado di stabilizzare il rachide lombare rispettivamente le articolazioni periferiche, aumentando la resistenza agli sforzi fisici. Le misure terapeutiche menzionate sono sicuramente in grado di migliorare la qualità di vita dell'assicurato, ma non gli permettono di esercitare tutte le mansioni richieste durante la sua ultima attività lavorativa come muratore edile, lavoro per il quale già in precedenza il Dr. \_\_\_\_\_, reumatologo coinvolto come perito il 17.10.2016, l'aveva ritenuto inabile al lavoro in misura

maggiore del 70 %.” Dopo aver illustrato quali limiti funzionali e di carico fossero da osservare in un lavoro adatto allo stato di salute dell’inte-ressato (cfr. sopra in esteso al consid. 2.4), ha concluso che l’assicurato, per le menzionate diagnosi, era da considerare inabile in misura oltrepassante il 70% come muratore, mentre che in un’attività adatta e rispettosa delle limitazioni funzionali era abile sull’arco di una giornata lavorativa normale e con rendimento massimo del 100%. A tali conclusioni, frutto di un approfondito esame e rispettose dei requisiti posti dalla già richiamata giurisprudenza in materia di rapporti medici (cfr. consid. 2.5), questo giudice deve senza riserve aderire. Del resto le stesse sono state pienamente condivise anche dal medico del SMR, il quale, con rapporto finale dell’11 dicembre 2017, fatte proprie le diagnosi e le limitazioni funzionali elencate dalla perizia, ha concluso per una limitazione del 75% come muratore, ma per un’abilità lavorativa completa dall’ottobre 2016 in un’attività adeguata con caricabilità fisica limitata (doc. AI 75). Quanto attestato (assai genericamente) dal dr. \_\_\_\_\_ il 16 gennaio 2018 (per il quale l’assicurato era inabile in misura del 50% anche in attività confacenti al suo stato di salute, doc. AI 81) e dal dr. \_\_\_\_\_, neurochirurgo, il 2 febbraio 2018, non modifica queste conclusioni. Il dr. \_\_\_\_\_, confermate le diagnosi di “Dolori in sede lombosacrale compatibili con un dolore di tipo discogenico, Gonartrosi a destra”, si è in effetti limitato a riferire della situazione dell’assicurato, non apportando tuttavia elementi nuovi rispetto a quelli accertati compiutamente nell’ambito della perizia reumatologica. In queste condizioni le – parziali – divergenze nella conclusione circa l’abilità lavorativa dell’assicurato (secondo cui l’abilità sarebbe nulla come muratore e del 50% in un’attività confacente), configurano semplicemente una diversa valutazione delle ripercussioni sulla capacità lavorativa delle medesime affezioni diagnosticate, le quali non permettono di dipartirsi dalle conclusioni peritali. Del resto, questo giudice ritiene di dover in proposito aderire senza riserve a quanto attestato il 13 marzo 2018 dal dr. \_\_\_\_\_, per il quale il certificato del dr. \_\_\_\_\_ “(...) non contiene aspetti medici oggettivi non già conosciuti al momento della mia valutazione peritale del 5.12.2017 e quindi non modifica il mio giudizio a riguardo della capacità funzionale e di carico residua presenti nell’assicurato e di conseguenza della capacità lavorativa in attività solita, rispettivamente adatta allo stato di salute e come casalingo ” (doc. 88). Osservato 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 Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353), le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, che non hanno potuto venir confermate né dal dr. \_\_\_\_\_ né dal SMR, non consentono di dipartirsi dalle approfondite conclusioni della perizia fatta allestire dall’amministrazione. Questo TCA non può quindi che aderire alla convincente presa di posizione del SMR (sulla base del parere del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_). A questo riguardo va pure ricordato 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 LPGa) 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. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). Del resto, le valutazioni del dr. \_\_\_\_\_, del dr. \_\_\_\_\_ e del SMR non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alle predette valutazioni mediche e entro la data della decisione contestata, ribadito come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). In effetti, la documentazione medica prodotta dal ricorrente era già agli atti. Quanto infine all'asserita necessità di una valutazione neurologica, va detto che nella sentenza 9C\_965/2008 consid. 4, pubblicata in RtiD 2010 II p. 208, il TF ha già avuto modo di chiarire che, come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. Va inoltre in ogni modo ricordato che anche se non ha una specializzazione in ortopedia e in neurologia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico (cfr. in merito anche la STF 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2010, con la quale il TF ha, tra l'altro, osservato che "(...) Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates; dies trifft u.a. auch auf die Orthopädie zu (Urteil 9C\_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Weshalb insbesondere der Rheumatologe nicht in der Lage gewesen sein soll, die Rückenbeschwerden des Versicherten kompetent zu beurteilen, ist nicht ersichtlich (...)") (STF 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2010 consid. 4.1); cfr. anche le STCA 32.2008.222 dell'8 luglio 2009, 32.2011.75 del 6 settembre 2011 e 32.2011.214 del 16 gennaio 2012). Nella fattispecie, viste le diagnosi poste, questo giudice ritiene che la scelta di far allestire una perizia ad opera di un reumatologo, che si occupa delle affezioni dolorose che colpiscono le articolazioni, i muscoli, i tendini e le ossa e non (anche) da un ortopedico rispettivamente un neurologo, vada confermata, non essendoci dubbi sul fatto che il dr. \_\_\_\_\_ disponeva per formazione ed esperienza lavorativa dei mezzi sufficienti per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico (cfr. anche STCA 32.2011.214 e STF 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2010). Sia in effetti anche osservato che, come ben si evince dalla perizia dell'8 dicembre 2017, il perito ha svolto anche un esame neurologico riferendo di "Riflessi bicipitali, tricipitali, patellari, achillei, mediovivaci e simmetrici, Babinski bilateralmente negativo. Lasègue bilateralmente negativo, eseguito in posizione seduta. Segno di Tinel negativo ai solchi dei nervi ulnari come pure ai canali carpalii dalle due parti. Forza rozza ai muscoli bicipiti, tricipiti, ai gruppi muscolari delle gambe, intatta M5. Deambulazione sui talloni e sulle punte dei piedi regolare, segno di Trendelenburg negativo bilateralmente, marcia senza zoppia" (doc. AI 76 pag. 5). In realtà, l'assicurato si limita in sintesi ad esprimere un dissenso puramente soggettivo, sostenendo che gli dovrebbe essere

riconosciuta un'inabilità lavorativa maggiore, ma non apporta il benché minimo elemento atto a mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI, non avendo appunto prodotto documentazione medica idonea a contraddirle. Va qui ricordato infine che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Rispecchiando quindi la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, come pure del SMR tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), richiamato pure l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute, se del caso cambiando attività professionale (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che se l'insorgente ha presentato dal giugno 2016 un'inabilità lavorativa completa in ogni attività, dal mese di ottobre 2016 andava per contro ritenuto nuovamente pienamente abile in attività leggere adeguate e rispettose dei limiti funzionali elencati dal reumatologo. La refertazione medica agli atti contiene quindi elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno sino all'emanazione del provvedimento contestato, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Ne consegue che la richiesta del ricorrente di essere sottoposto a nuove valutazioni mediche va respinta 2.7. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto sostanzialmente incontestato), l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, sulla base del rapporto del consulente professionale dell'11 dicembre 2017 (doc. AI 73; cfr. anche doc. AI 45 e 52), così come risulta dalla decisione contestata. Per il reddito da valido l'amministrazione si è correttamente basata sul salario da ultimo percepito dall'assicurato giusta quanto comunicato dall'ultimo datore di lavoro fissandolo in fr. 60'000.- (questionario della ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 20 ottobre 2016, doc. AI 13). Per quanto riguarda invece il salario da invalido, l'Ufficio AI si è fondato sui dati statistici nazionali, utilizzando la tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica riferita al settore privato svizzero (cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174; sulla rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. anche RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.). Ha preso quindi in considerazione, in corretta applicazione dei salari statistici

applicabili, un importo di fr. 67'148.20.- conseguibili nel 2016 da personale maschile svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, valore mediano nel settore privato svizzero, inclusa la tredicesima (5'367.55 per 12 mesi e riportato alle 41.7 h/sett.). Stante quindi, per il periodo successivo all'ottobre 2016, una capacità lavorativa del 100% in un'attività leggera adeguata, il reddito da invalido nel 2016 è stato fissato a fr. 67'148.20.-. Inoltre, in applicazione della giurisprudenza federale - per la quale 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, ritenuto come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette secondo il TF di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro - l'amministrazione ha operato una deduzione del 10% sul salario statistico (5% per il fattore "attività leggere" e 5% "per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari"), fissandolo quindi a fr. 60'433.40. Tenuto conto 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 con la quale la massima Corte ha precisato che in quest'ambito il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione; cfr. anche DTF 132 V 393 consid. 3.3), questo giudice ritiene che, operando una - peraltro non trascurabile - decurtazione del 10%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Ufficio AI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato, e non può di conseguenza ammettere un'a decurtazione maggiore. La deduzione ammessa tiene del resto adeguatamente conto del fatto che l'interessato può ancora esercitare al 100% un'attività adeguata e come le limitazioni fisiche da osservare non siano oltremodo gravose. Questo Tribunale ritiene quindi di non doversi scostare dalla valutazione dell'amministrazione, l'assicurato non avendo peraltro addotto motivi pertinenti che gli permettano di sostituire il suo apprezzamento o altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico da invalido (ATF 137 V 73 consid. 5.2, 126 V 80 consid. 5b). Del resto, come meglio s'illustrerà in seguito e come osservato dall'amministrazione (cfr. doc. IV), anche volendo - per pura ipotesi di lavoro - ridurre il reddito da invalido nella misura massima possibile del 25%, l'interessato non avrebbe comunque diritto ad una rendita. Ritenuto quindi un reddito da valido, come detto, di fr. 60'000.- e da invalido di fr. 60'433, si ottiene un grado d'invalidità nullo ( $[60'000 - 60'433] \times 100 : 60'000 = 0\%$ ) che esclude qualsiasi diritto ad una rendita d'invalidità. Nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di un'ulteriore riduzione del 15%, e quindi raffrontare il reddito da valido di fr. 60'000 con quello da invalido di fr. 50'361 (fr. 67'148 ridotti del 25%), si otterrebbe un grado d'invalidità del 16% che pure non darebbe diritto a prestazioni. 2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, l'Ufficio AI ha correttamente negato all'assicurato una rendita d'invalidità. La decisione contestata va quindi confermata, mentre che il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il

quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). Va inoltre osservato che nella decisione impugnata l'amministrazione ha precisato di essere a disposizione qualora l'assicurato intendesse postulare l'attivazione del servizio di collocamento o di finanziamento di una formazione su misura, qualora egli reperisse un datore di lavoro disponibile. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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