

TI_GERICHTE 32.2018.62 vom 20. März 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-03-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.62

FR: TI_GERICHTE 32.2018.62 du 20 mars 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.62 del 20 marzo 2018

Erwägungen

E. 7

Osservazioni: Trattazione di sanazione chirurgica di ernia inguinale bilaterale con residua sintomatologia dolorosa parestetica regione inguinale sx (...) L'esame clinico odierno esclude complicazioni locali. Le valutazioni specialistiche fino ad oggi eseguite escludono ogni tipo di complicazione. Una recente RMN della regione inguinale bilaterale esclude ogni tipo di complicazione in sede di intervento. Si segnala intolleranza e inefficacia di ogni tentativo terapeutico. In considerazione di quanto sopra descritto ritengo che clinicamente al momento prevale una sintomatologia iperalgica da alterata percezione del dolore con tendenza alla cronicizzazione ed estensione dei sintomi. Tale evidenza rende incerta la prognosi clinica e lavorativa. Preciso che il Paziente riferisce limiti nella posizione seduta (durante la raccolta anamnestica 30' circa seduto senza difficoltà), riferisce limite nella deambulazione su lunghi percorsi (riferisce domenica scorsa di aver percorso circa tre Km di passeggiata, percorso poi interrotto per peggioramento del dolore). Dal punto di vista medico teorico in abituale attività facendo riferimento al mansionario lavorativo descritto dall'Assicurato: IL 100% in abituale attività giustificata per sintomatologia aspecifica evocabile con la mobilità. Inoltre il Paziente verrà valutato dallo specialista in terapia del dolore il 09.11.2017 sarà quindi necessario un tempo di 2-3 settimane per attendere efficacia delle terapie che verranno consigliate e prescritte. Salvo ulteriori complicazioni: IL 0% dal 01.12.2017. Ritengo che un reinserimento lavorativo sia anche terapeutico per una rielaborazione del dolore, ovviamente tale apprezzamento resta valido mantenendo escluse complicazioni che al momento non sono state documentate. In attività adeguata: Dal punto di vista medico teorico: IL 0% dalla data odierna in tutte le attività rispettose dello stato di salute e dei limiti funzionali che richiedono brevi spostamenti, prevalente posizione seduta. Carico massimo 5 Kg." (pag. 35-36 incarto assicuratore malattie) Il 23 novembre 2017 il medico SMR, dr. med. _____, perito SIM, specialista FMH in chirurgia, preso atto dei sopra citati referti e dell'ulteriore documentazione medica acquisita, ha stabilito che l'insorgente è abile al lavoro nella sua precedente attività dal 1° dicembre 2017 ed in attività leggere dal 17 ottobre 2017 (pag. 225 incarto AI). Il medico SMR ha precisato che l'insorgente può sollevare al massimo 5 Kg e che è indicato un lavoro leggero, sedentario, limitato negli spostamenti con cambi posturali secondo necessità. Il 15 gennaio 2018, dopo aver preso atto della nuova documentazione medica prodotta ed aver rivalutato tutta la situazione valetudinaria, il medico SMR, dr. med. _____, ha stabilito che nell'attività abituale l'interessato è incapace al lavoro al 100% dal 30 marzo 2017 al 5 giugno 2017, al 50% dal 6 giugno 2017 al 27 giugno 2017 ed al 100% dal 28 giugno 2017. È invece stata confermata la capacità lavorativa al 100% in attività leggere dal 17 ottobre 2017 (pag. 232 incarto AI). Il 31 gennaio 2018 il dr. med. _____, viceprimario dell'Ospedale _____ di _____, sulla base delle valutazioni del dr. med. _____, viceprimario _____ l'Ospedale _____ di _____, ha confermato la

presenza di una neuropatia con disestesie in regione inguinale sinistra, mentre a destra la sintomatologia è molto attenuata. Lo specialista ha chiesto di rivalutare “ l’invalidità lavorativa, questa volta prendendo in considerazione una malattia cronica. Per questo motivo bisognerà pensare ad una invalidità a medio e lungo termine ” (pag. 249/250 incarto AI). Con il ricorso l’insorgente ha prodotto un referto del 28 marzo 2018 del dr. med. _____, viceprimario dell’Ospedale _____ di _____, il quale ha affermato: “ (...) Valutazione Quest’oggi discuto con il paziente, al quale è arrivata la risposta recente dell’AI che non accetta l’invalidità o qualsiasi tipo di presa a carico. Sono un po’ sconcertato da questa risposta poiché ricalca quella già effettuata il 01.02.2018. La situazione clinica non è cambiata, sempre con una sintomatologia algica importante, e una difficoltà estrema alle attività fisiche, anch’essa riscontrata dal mio collega Dr. med. _____, che ha seguito il paziente. Per questo motivo e vista la nostra diagnosi di dolore cronico, riteniamo che il Signor RI 1 resti inabile al lavoro almeno per ancora 6 mesi. La sintomatologia e la diagnosi di dolori cronici post intervento di ernioplastica, è qualcosa ben riconosciuto in letteratura medica e può comportare problematiche serie a livello lavorativo. Esame clinico La situazione è invariata, abbiamo le disestesie a sinistra con dolore evocato alla palpazione, sia a livello inguino scrotale che a livello della coscia prossimale sinistra. Non vi è recidiva di ernia sia a destra che a sinistra. A destra abbiamo un miglioramento della sintomatologia, questa volta. Conclusione Non ritornerò sullo scritto precedente, ma ritengo che questo paziente debba beneficiare di un’inabilità a lungo termine, minimo di 6 mesi, poiché siamo in presenza con un dolore cronico di tipo neurogeno persistente. Vi chiedo dunque di rivedere interamente la situazione, in modo tale da avere un piano di collocamento o di rivalutazione di una invalidità, tenuto conto della nostra valutazione, in modo particolare dal Dr. med. _____ che è specialista nella terapia del dolore.” (doc. C) Il ricorrente ha pure prodotto un referto del 9 gennaio 2018 del dr. med. _____, il quale, dopo aver visitato l’insorgente in data 8 gennaio 2018, sempre su incarico dell’assicuratore malattie, ha affermato: “ (...) Rispetto alla visita del Luglio scorso, la situazione sintomatologica non è mutata ma forse per certi aspetti si è acuita. Infatti il paziente presenta dolori importanti e quasi impossibilità alla deambulazione quando deve cambiare posizione e passare dalla posizione supina a quella eretta. Dopo qualche passo soprattutto al mattino deve assolutamente sedersi, e soprattutto un sintomo per lui insopportabile è il continuo meteorismo. Ultimamente, su consiglio del chirurgo che ha eseguito l’intervento, è stato appoggiato dalla _____ dell’Ospedale _____ di _____, che ha suggerito al paziente terapia con Lyrica 225 mg al giorno, per la quale il paziente dichiara di sentirsi “nelle nuvole” e quasi continuamente addormentato. (...). Siamo confrontati con un paziente che dal marzo 2017 in conseguenza ad un intervento chirurgico di erniectomia bilaterale ha incominciato ad accusare manifestazioni algiche parecchio fastidiose in zona inguinale, e precisamente presenza di formicolii e disestesie inguino scrotali, più accentuate a sinistra che a destra, molto fastidiose alla deambulazione, ma che non interferiscono con ritmo sonno veglia. Inoltre lamenta fastidioso meteorismo in regione del colon discendente. Nonostante le terapie suggerite dal chirurgo che lo ha operato (antinfiammatori non steroidei), i disturbi permangono se sollecitati dalla postura eretta, aumentano, costringendo il paziente a sedersi. (...). Attualmente il paziente manifesta una limitazione organico funzionale alla regione inguinale che gli impedisce di sollevare pesi superiori ai 5 Kg, a camminare anche per tratti brevi e a salire su scale a pioli. (...). 2.6. Se non fosse possibile migliorare la capacità lavorativa nell’attuale posto di lavoro, che tipo di attività sarebbe adeguata allo stato di salute dell’assicurato: Tutte le

attività che rispettino i limiti funzionali sopra descritti, leggere di tipo prevalentemente sedentario che non comportino sforzi eccessivi risultano esigibili nella misura del 100%. (...). A causa di questi disturbi invalidanti e per quanto mi compete, si conferma l'IL 100% nell'attività abituale a causa delle limitazioni sopra descritte. Si richiede una visita specialistica oltre Gottardo (Zurigo o Basilea) presso uno specialista neurologo/neurochirurgo, in quanto la situazione sintomatologica non riesce a risolversi, anzi per certi aspetti è in fase di peggioramento, ed è possibile dover ricorrere ad una sanazione chirurgica atta a liberare le terminazioni nervose da una possibile pressione interna/esterna. La terapia del dolore alla quale è stato ed è sottoposto purtroppo visti gli alti dosaggi che deve assumere, lo rendono in stato confusionale, non guida più in quanto giustamente non si sente sicuro dei suoi riflessi. Per quanto mi compete, lo si deve considerare con capacità lavorativa completa (100%) per un'attività adeguata, rispettosa dei limiti funzionali e che il paziente sarebbe disposto ad iniziare da subito." (doc. F) Con annotazione del 15 maggio 2018, il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) La documentazione medica, inviata in successive riprese, dopo l'allestimento del RAF-SMR del 23.11.2017, da parte dell'A.to con attestazione di presunto peggioramento clinico o meglio non miglioramento da parte delle cure farmacologiche instaurate, non alterano, ad oggi, lo stato valetudinario con influsso diretto sulla CL confacente allo stato di salute, ovvero lo scrivente riconosce che pur essendo l'A.to di salute cagionevole è però anche perennemente in apprensione per il suo essere, essendo afflitto da una patologia di tipo cronica-degenerativa, definita ad oggi dallo stesso specialista chirurgo Dr. med. _____, suffragato dallo specialista terapeuta del dolore Dr. med. _____, per il quale ritengo esigibile secondo il diritto assicurativo svizzero definire consolidato lo stato clinico-sintomatologico-terapeutico (vedere scritto Dr. med. _____ del 31.01.2018) ed è quindi ragionevolmente plausibile attendere che l'A.to metta in atto un determinato comportamento, anche se questo può implicare fastidi e un certo sacrificio, collaborando e minimizzando il suo danno alla salute; ciò significa che anche l'assicurato deve dare il proprio contributo per il suo reinserimento professionale, anche accettando le misure terapeutiche idonee per il suo caso (art 7 LPGA) come proposto dal Dr. med. _____ il 30.01.2018 (riduzione dell'attuale terapia farmacologica con Lyrica 225 mg/die già somministrata frazionata durante l'arco della giornata, per l'insorgenza di probabili effetti indesiderati però noti al tipo di farmaco (1/10 persone: capogiro, sonnolenza) che appunto il Sig. RI 1 esprime come "sentirsi nelle nuvole e quasi addormentato", perché senza alcun beneficio sul sintomo dolore a fronte di una proposta terapeutica di un'infiltrazione selettiva L1 a scopo probatorio con successivo impianto di un elettrostimolatore con verosimiglianza preponderante sulla risoluzione del quadro clinico sintomatologico. Aggiungo che tra le altre opzioni terapeutiche vi sarebbero ad esempio la radio-frequenza, crio-ablazione, neuro-modulazione, la terapia farmacologica con oppioidi, antidepressivi, anti-convulsivanti, terapia laser a bassa intensità, agopuntura, ma anche una revisione chirurgica al fine di valutare se vi è un intrappolamento del nervo genito femorale iatrogeno o da sindrome aderenziale (complicanza ben nota e descritta nella letteratura medica). Lo scrivente non ritiene pertanto di poter giustificare oltremodo una incapacità completa per tutte le attività come attestato dal Dr. med. _____ il 31.01.2018 in cui riscontrava all'esame obiettivo un addome blando (senza meteorismo o sospetto per patologie), una disestesia in regione inguino-scrotale sinistra e lievissima a destra, appunto possibile complicazione dell'intervento chirurgico stesso, senza però un'offerta immediata per la risoluzione del caso, pur sapendo già che le terapie in atto non erano complete e del tutto

insoddisfacenti dal profilo clinico sintomatologico. Il prolungo di ulteriori 6 mesi pertanto non avrebbe avuto alcun impatto significativo sulla prognosi valetudinaria e sul quadro clinico sintomatologico ormai inveterato. Anche il Dr. med. _____ nel rapporto visite del 24.07.2017 e del 08.01.2018 non varia la CL completa attestata per un'attività di tipo confacente. Si rammenta inoltre che la sintomatologia algica che disturba il Sig. RI 1 non ha alcuna ripercussione sul ritmo sonno veglia. Sintomo per il Sig. RI 1 insopportabile sarebbe il meteorismo, di nuovo riscontro, senza alterazioni dell'alvo ma poi non attestato neanche dallo specialista chirurgo Dr. med. _____ (visita 31.01.2018). Quindi le limitazioni indicate nel RAF SMR permettono di valutare la CL dell'A.to sul mercato del lavoro in un'attività confacente nel rispetto del limite peso massimo di 5 Kg (trasporto/spostamento), con la possibilità di cambi posturali al bisogno per un'attività semplice e ripetitiva, sedentaria, quindi molto leggera come ad esempio aiuto in una attività d'ufficio, ad uno sportello, in un magazzino, in un negozio, in un call center, in una fabbrica. Dopo attenta valutazione di tutta la documentazione medica prodotta in sede di ricorso, non posso far altro che confermare integralmente il mio RAF-SMR del 23.11.2017 e l'annotazione SMR del 15.01.2018 che modifica la CL per la sola attività abituale, inergonomica rispetto l'attuale stato di salute." (doc. IV) Il 4 giugno 2018 l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica (doc. VI). L'interessato ha allegato un referto del 28 febbraio 2018 del dr. med. _____, chirurgia generale, che ha visitato l'insorgente il 21 febbraio 2018 ed ha affermato: "(...) Clinicamente il paziente riferisce anche di gonfiore a livello soprattutto sinistro, che non riesco comunque in questo momento a confermare, in ogni caso non mi sembrano essere recidive. Il dolore che il signor RI 1 lamenta è un po' atipico, a mio vedere, per il classico dolore post-erniotomia. Il dolore è evocabile anche soltanto sfiorando la pelle, quindi più nel senso di un neuroma cicatriziale e pertanto ho provveduto ad un'infiltrazione che ha portato, a quanto riferisce il paziente, ad un beneficio massimale di neanche un'ora dove però non aveva più nessun disturbo, per poi riprendere nuovamente. (...)” (doc. L) Il ricorrente ha inoltre prodotto un referto del 27 marzo 2018 del dr. med. _____, “_____ del _____, il quale, ha rilevato: "(...) Diagnostics – Antécédents – Interventions . Douleurs chroniques de type neuropathie bilatérale après post cure de hernie inguinale bilatérale par Liechtenstein en 2017. Conclusions, traitement et évolution (...) De notre point de vue, ce patient a des douleurs neuropathiques avec une prédominance à gauche. A droite, les douleurs sont en train de régresser et ne représentent pas un grand problème pour l'instant. Par contre à gauche, on retrouve clairement des douleurs neuropathiques du nerf ilio-inguinal. Après une longue discussion avec le patient et son épouse, notre proposition inclut un traitement probatoire avec du Tens, du Cymbalta 30 mg et éventuellement un bloc ilio-inguinal gauche. Du point de vue chirurgical, une révision chirurgicale avec excision des nerfs n'est pas indiquées pour l'instant.” (doc. M) L'insorgente ha allegato anche un rapporto del 13 aprile 2018 del dr. med. _____, del _____ del _____, che ha affermato: "(...) Pour mémoire, l'anamnèse est bien connue, patient toujours en excellent état général qui exerce la profession d'électricien, a été opéré d'une hernie inguinale bilatérale sous anesthésie locorégionale en mars 2017. Retour à domicile 48 heures plus tard, et rapidement il ressent au niveau de la cicatrice gauche et droite des sensations de fourmillements et gêne, accompagnées de douleurs importantes. Les symptômes à droite ont disparus, par contre à gauche, les douleurs sont toujours présentes. Les douleurs sont présentes surtout en position debout et à la marche, et sont clairement neuropathiques avec dysesthésie et paresthésie au niveau de la cicatrice, ainsi qu'une hyperpathie claire au même endroit. Il présente une

hyposensibilité péricatriculaire qui va jusqu'à la base du pénis. Il a consulté des chirurgiens, des neurologues, et aussi un analgiste, qui ont tous confirmé une possible composante neuropathique, mais les médicaments proposés ont été mal tolérés par le patient. La possibilité d'un stimulateur médullaire a été faite, le patient n'étant pas très chaud pour ce type de geste thérapeutique. Il s'agit donc d'une douleur chronique post-opératoire, avec une composante neuropathique claire. (...). Nous l'avons examiné ensemble avec le Prof. _____ et sa conclusion est qu'une reprise chirurgicale n'est pas à envisager, une éventuelle névrotomie non plus. Un bloc sous ultrason au niveau ilio-inguinal en dehors du champ opératoire filet, pourrait être effectué. En cas de réponse positive, des infiltrations avec stéroïdes pourraient être répétées. La possibilité d'une cryothérapie à ce niveau-là serait donc à réévaluer après ces blocs. Vu l'état de stress important du patient, j'ai prescrit une médication avec un antidépresseur (Cymbalta 30 mg)." (doc. N) L'11 giugno 2018 il medico SMR, dr. med. _____, ha preso posizione, confermando le sue precedenti conclusioni: " (...) Nello specifico in data 28.02.2018 il Dr. med. _____ (doc. L TCA) riferisce un dolore atipico in regione inguinale dopo noto intervento di ernioplastica bilaterale in cui pone in diagnosi differenziale un neurinoma, non potendo però escludere una recidiva erniaria, pertanto invia l'A.to al _____ per 2° parere. 27.03.2018 il Prof. _____ del _____ (doc. M TCA) certifica come indiscussa diagnosi clinica un dolore cronico di tipo neuropatico bilaterale dopo ernioplastica inguinale nota, a carico del nervo ileo-inguinale. Giustamente propone varie opzioni terapeutiche tra le quali TENS, Cymbalta 30 mg ed eventualmente al fallimento delle proposte farmacologiche/non chirurgiche anche una revisione chirurgica con escissione del nervo ileo-inguinale. Tutto ciò come ben descritto e affermato dal sottoscritto ma soprattutto dalla letteratura internazionale essendoci una evidence based medicine. 13.04.2018 Il Dr.med. _____ del _____ (doc. N TCA) propone anche la stimolazione midollare già rifiutata dal Sig. RI 1. Comunque lo specialista giustamente conferma le diverse opzioni terapeutiche in essere alla patologia post chirurgica tra le quali anche possibilità para-chirurgiche ad esempio la crioablazione del nervo ileo-inguinale, la terapia con corticosteroidi, ecc. Ribadisco che senza ulteriori trattamenti medici o chirurgici atti ad una restitutio ad integrum della capacità lavorativa abituale è quindi ragionevolmente plausibile attendere che il Sig. RI 1, alla luce da quanto ben descritto dai colleghi del _____, metta in atto un determinato comportamento, anche se questo può implicare fastidi e un certo sacrificio, collaborando e minimizzando il suo danno alla salute; ciò significa che anche l'assicurato deve dare il proprio contributo per il suo reinserimento professionale, anche accettando le misure terapeutiche idonee per il suo caso (art 7 LPGGA). Tutto ciò anche perché come attestato dal Dr. med. _____ del _____ si tratta di una condizione cronica-consolidata, dove a differenza dei medici curanti precedenti, non possono e non devono essere escluse opzioni mediche eventualmente para o chirurgiche, atte a ristabilire non solo lo stato di salute ma soprattutto la capacità al lavoro ovvero la capacità funzionale e questo per l'attività abituale. Quindi le limitazioni funzionali espresse nel RAF SMR del 23.11.2017 permettono ancora di valutare la Capacità Lavorativa del Sig. RI 1 sul mercato del lavoro in un'attività confacente allo stato di salute consolidato (quindi senza ulteriori trattamenti medici o chirurgici che possano variare positivamente le limitazioni funzionali) nel rispetto del limite peso massimo di 5 Kg (trasporto/spostamento), con la possibilità di cambi posturali al bisogno per un'attività semplice e ripetitiva, sedentaria, quindi molto leggera come ad esempio aiuto in una attività d'ufficio, ad uno sportello, in un magazzino, in un negozio, in un call center, in una fabbrica." (doc. VIII) 2.3.

Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V

210) il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.4. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del medico SMR, dr. med. _____ che ritiene l'insorgente completamente inabile al lavoro nell'attività precedentemente svolta di manutentore elettricista e abile al 100% in attività

leggere, prettamente sedentarie, con spostamenti limitati e cambi posturali secondo necessità, senza dover sollevare pesi superiori ai 5 Kg. Il medico SMR, ha infatti attentamente valutato l'intera documentazione medica acquisita e prodotta dall'UAI ed ha potuto stabilire, sulla base segnatamente dei referti dei dr. med. _____ e _____, allestiti nell'ambito della procedura tendente alla richiesta di indennità giornaliera per causa di malattia, che l'interessato, in un'attività leggera e confacente al suo stato di salute, come descritta in precedenza, è completamente abile al lavoro. A questo proposito va rammentato che i servizi interni del SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Nel caso di specie le critiche formulate dall'assicurato nelle more processuali non sono sufficienti per mettere in dubbio le valutazioni del medico SMR. Per quanto concerne la valutazione del dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, del 17 ottobre 2017, se è vero che lo specialista aveva stabilito, contrariamente a quanto poi accertato dal medesimo medico SMR e da tutti gli altri medici che hanno esaminato l'insorgente, che l'assicurato avrebbe potuto riprendere la propria attività al 100% dal 1° dicembre 2017, va evidenziato che il medico incaricato dall'assicuratore malattie di visitare l'insorgente, ha effettuato, per quanto concerne l'attività precedentemente svolta, una valutazione prospettica. Egli, aveva infatti accertato che al momento della visita l'interessato era inabile al 100% quale elettricista (risposta 3, pag. 34 incarto assicuratore malattie) ma aveva ritenuto, a torto, come poi accertato in seguito, che l'interessato avrebbe potuto riprendere la sua attività 2-3 settimane dopo la valutazione da parte dello specialista in terapia del dolore prevista per il 9 novembre 2017, poiché è il lasso di tempo che il dr. med. _____ aveva ritenuto necessario per accertare l'efficacia delle terapie consigliate e prescritte dallo specialista in terapia del dolore. La circostanza che il dr. med. _____ abbia eseguito una valutazione prospettica poi non suffragata dai fatti per quanto concerne la capacità lavorativa nella precedente attività, non è tuttavia atta a mettere in dubbio anche la valutazione della capacità lavorativa in attività adeguata. Le conclusioni del dr. med. _____, secondo cui l'interessato, da subito, ossia dal 17 ottobre 2017, avrebbe potuto esercitare un'attività rispettosa dello stato di salute, che tenga conto dei limiti funzionali, ossia che richieda brevi spostamenti, prevalentemente seduta e con carichi massimi di 5 Kg, oltre ad essere stata confermata anche dal dr. med. _____ e dal medico SMR, si fonda infatti su un esame diretto e concreto dell'insorgente e, a differenza della valutazione della precedente attività, non si basa sull'eventuale evoluzione futura della patologia, ma sullo stato di salute al momento della visita stessa. Anche il dr. med. _____, che ha visitato in due occasioni, 24 luglio 2017 (doc. 16 incarto assicuratore malattie) e 9 gennaio 2018 (doc. F), il ricorrente, è giunto alla medesima conclusione per quanto concerne la capacità lavorativa dell'insorgente in attività adatte, rilevando che l'interessato avrebbe sin da subito potuto iniziare a svolgere un'attività leggera adatta alla sua salute, ossia leggera, di tipo prevalentemente sedentario e che non comporti sforzi eccessivi. Per quanto concerne la

critica del ricorrente secondo cui il dr. med. _____ sia nel referto del 25 luglio 2017 sia in quello del 9 gennaio 2018 aveva indicato la necessità di un secondo parere, rispettivamente di una visita specialistica oltre Gottardo presso uno specialista neurologo/neurochirurgo, va rilevato che si riferiva unicamente alla valutazione della capacità lavorativa nella precedente attività (cfr. pag. 28 incarto assicuratore malattie), che ormai è accertata essere dello 0%, e, soprattutto, alla necessità di stabilire una terapia definitiva per la patologia di cui è affetto (poi indicata dagli specialisti del _____ [doc. M e N]). Egli non ha invece messo in dubbio la possibilità per il ricorrente di svolgere un'attività leggera al 100%. Tanto più che la valutazione della capacità lavorativa in un'attività adatta non è mutata neppure di fronte al peggioramento dello stato di salute, accertato dal medesimo dr. med. _____ (doc. F). In altre parole l'aumento dei dolori e la quasi impossibilità alla deambulazione riferita dall'insorgente, non gli impediscono di svolgere un'attività sedentaria, che non comporti sforzi eccessivi, dove non debba alzare pesi superiori ai 5 kg. Occorre qui ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Giova pure ricordare 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 (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). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né

l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Il TF ed il TCA hanno già avuto modo di confermare la possibilità di svolgere attività leggere in maniera completa per persone che presentavano limitazioni importanti. In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un " importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare ", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato al tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco " (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). È pure stato dichiarato in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività adeguata, nella quale venga ingaggiata prevalentemente la mano destra in mansioni non gravose per il polso, con la mano controlaterale a svolgere una funzione ausiliaria, un assicurato, cuoco di professione, che soffriva - a livello dell'estremità superiore sinistra - di una sindrome dolorosa e da risparmio cronica con deficit funzionali, in presenza di una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, di una modica artrosi dell'articolazione radio-carpale nonché di una neuropatia del mediano e - a destra - di una leggera sindrome dolorosa e da inattività con una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, un'incipiente artrosi dell'articolazione radio-carpale ed una lieve neuropatia del mediano (cfr. STCA 35.2004.38 del 3 marzo 2005). È poi stato ritenuto completamente abile in attività leggere, da svolgere all'altezza del banco implicantamente unicamente la manipolazione di oggetti leggeri, un assicurato, di professione muratore, che soffriva di una sindrome da attrito sottoacromiale ad entrambe le spalle, persistente malgrado le operazioni eseguite nel frattempo (riparazione cuffia dei rotatori, acromioplastica a livello della due spalle; STFA I 356/04 del 12 maggio 2005, consid. 2.2 e 3.1). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa, senza la necessità di provvedimenti professionali (cfr. anche sentenza 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.2 e seguenti, cfr. sentenza 32.2014.21 dell'11 febbraio 2015). È vero che nel referto del

gennaio 2018 il dr. med. _____ ha rilevato che la terapia del dolore alla quale è stato ed è sottoposto visti gli alti dosaggi che deve assumere rendono l'interessato in stato confusionale, ciò che lo ha indotto a non più guidare. Tuttavia, come emerge dal referto del 30 gennaio 2018 del dr. med. _____, quest'ultimo, accertato che “ nonostante un dosaggio di 200mg/die di Lyrica ”, non sono stati riscontrati miglioramenti sul controllo dei dolori neuropatici, ma sono sorti effetti collaterali secondari, ha consigliato di interrompere gradualmente l'assunzione del medicamento (pag. 237 incarto AI). Gli specialisti del _____ gli hanno poi prescritto altri farmaci (cfr. doc. N ed M [“(…) notre proposition inclut un traitement probatoire avec du tens, du Cymbalta 30 mg et éventuellement un bloc ilio-inguinal gauche ”]). Infine, i certificati del 28 marzo 2018 (doc. C) e del 31 gennaio 2018 del dr. med. _____ e del 30 gennaio 2018 del dr. med. _____, contrariamente a quanto ritiene l'assicurato, non sono atti a sovvertire le conclusioni del medico SMR, dr. med. _____. Essi infatti confermano l'incapacità lavorativa totale nella precedente attività ma non si esprimono esplicitamente circa la possibilità per l'interessato di svolgere un'attività confacente al suo stato di salute. Va qui rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Al ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Da parte sua il medico SMR sia nell'annotazione dell'11 maggio 2018 (doc. IV), che in quella dell'11 giugno 2018 (doc. VIII/1), ha spiegato dettagliatamente le ragioni per le quali il ricorrente è abile al lavoro al 100% in attività leggere con le limitazioni più volte esposte. A proposito del medico SMR non va 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 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 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-assicurati-ve, 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). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato

dall'amministrazione, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori approfondimenti peritali come richiesto, invece, dalla patrocinatrice del ricorrente. Va qui 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). In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, richiamato inoltre 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 (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 con riferimenti), che l'assicurato, inabile al lavoro nella sua attività, è completamente abile in attività adatte e rispettose delle sue limitazioni funzionali, e ciò, perlomeno, dal 17 ottobre 2017. Resta da esaminare se l'UAI ha effettuato correttamente il raffronto dei redditi. 2.5. 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). In concreto dagli atti (questionario per il datore di lavoro), emerge che l'insorgente nel 2017 avrebbe potuto guadagnare fr. 64'688 (cfr. pag. 134 e 161 AI). 2.6. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso 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 del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Dall'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). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2017 (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), si ottiene un salario di Fr. 64'608.74 (Fr. 63'744.- : 103,2 x 104,6; cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, 2011-2017, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). 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 2017 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: "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. 67'354.61 (Fr. 64'608.74 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). 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). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il TF ha affermato: " 5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheits-kontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.). 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...)" Nel caso di specie l'UAI ha applicato una riduzione del 15% per i fattori "attività leggera" e "svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari" (cfr. pag. 239 incarto AI). Il ricorrente chiede che venga applicata una riduzione del 25%. In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un

cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).” Va poi rilevato che nella sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all’età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d’occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell’insieme delle circostanze concrete (consid. 4.2). Con sentenza 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 al consid. 6.2.1 il TF ha ribadito questo concetto (“ [...] La deduzione va valutata complessivamente – e non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione – tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine pag. 80). Di conseguenza, l’agire della ricorrente che è partita dal 10% stabilito dall’UAI - e ritenuto corretto dal Tribunale cantonale – cui ha aggiunto separatamente in modo schematico per due volte il 5% è contrario a quanto stabilito dalla giurisprudenza e dunque già solo per questo motivo non merita accoglimento [...] ”). In concreto questo Tribunale non ha motivo per scostarsi dalla riduzione del 15% effettuata dall’UAI che rientra nei limiti posti dalla giurisprudenza per un assicurato nato nel 1967, che può svolgere un’attività leggera nella misura del 100% con importanti limitazioni. Va del resto evidenziato, come sostenuto dall’UAI in sede di risposta, che anche se si volesse, per pura ipotesi di lavoro, prendere in considerazione la riduzione massima del 25%, l’insorgente non avrebbe comunque diritto ad alcuna rendita. Raffrontando il reddito da valido di fr. 64'688, con quello da invalido di fr. 67'354.61, ridotto del 15% a fr. 57'251.41, si ottiene un grado d’invalidità dell’11% che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI). Raffrontando il reddito da valido di fr. 64'688, con quello da invalido di fr. 67'354.61, ridotto, per ipotesi di lavoro, del 25% a fr. 50'515.95, si ottiene un grado d’invalidità del 22% che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI). Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.7. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l’esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico del ricorrente.

E. 20

febbraio 2008) la tabella: ■Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique■), il salario lordo medio ipoteticonazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'354.61 (Fr. 64'608.74 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

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).

Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il TF ha affermato:

"5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa (Angemessenheitskontrolle). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.).

5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare a causa dell'influenza del calcolo per l'esito della valutazione il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). ()"

L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa:

"Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid.6 p. 81)."

Raffrontando il reddito da valido di fr. 64'688, con quello da invalido di fr.67'354.61, ridotto del 15% a fr. 57'251.41, si ottiene un grado d'invalidità dell'11% che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI).

Raffrontando il reddito da valido di fr. 64'688, con quello da invalido di fr.67'354.61, ridotto, per ipotesi di lavoro, del 25% a fr. 50'515.95, si ottiene un grado d'invalidità del 22% che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI).

Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma.

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