

TI_GERICHTE 32.2018.82 vom 19. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.82

FR: TI_GERICHTE 32.2018.82 du 19 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.82 del 19 aprile 2018

Regeste

Rifiuto prestazioni va confermato. Pienamente probante valutazione medica eseguita da SMR. Corretta anche la valutazione economica

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.04.2019 32.2018.82 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.04.2019 32.2018.82 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.04.2019 32.2018.82

Rifiuto prestazioni va confermato. Pienamente probante valutazione medica eseguita da SMR. Corretta anche la valutazione economica

Raccomandata Incarto n. 32.2018.82 cr Lugano 15 aprile 2019 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattrice: Cinzia Raffa Somaini, vicecancelliera segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 18 maggio 2018 di RI 1 contro la decisione del 19 aprile 2018 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. RI 1, nato nel 1960, in precedenza attivo in qualità di montatore elettricista, a seguito di un infortunio riportato alla spalla destra nel 2011, ha presentato nel dicembre 2012 una prima richiesta di prestazioni AI per adulti, indicando che “dopo la caduta con contusione alla spalla destra problemi con tendine” (pag. 15 inc. AI). Con progetto di decisione del 4 marzo 2014, poi confermato con decisione del 16 luglio 2014, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una mezza rendita di invalidità dal 1° novembre 2012 al 30 aprile 2013, poi aumentata ad una rendita intera di invalidità dal 1° maggio 2013 al 31 gennaio 2014 (cfr. pagg. 110-118 inc. AI). A partire dal 1° febbraio 2014 l'assicurato ha ripreso in misura completa la propria precedente attività. 1.2. In data 20 giugno 2017 l'assicurato, vittima di un nuovo infortunio nel novembre 2016 (caduta accidentale dalle scale), ha presentato una nuova richiesta di prestazioni AI, facendo valere quale danno alla salute “discopatia e legamenti spalla sinistra lesionati, ernia cervicale e placca tibia sinistra mai tolta + spalla destra operata che crea problemi” (cfr. pag. 134 inc. AI). Eseguiti gli accertamenti medici ed economici del caso, l'Ufficio AI, con progetto di decisione del 22 febbraio 2018 (pag. 242 inc. AI), poi confermato in data 19 aprile 2018 (pag. 253 inc. AI), ha rifiutato di assegnare all'interessato una rendita di invalidità in difetto di un grado di invalidità pensionabile. 1.3. Con tempestivo ricorso del 18 maggio 2018, RI 1 ha contestato la decisione dell'Ufficio AI, chiedendo che il grado di invalidità fissato al 18% possa essere rivalutato. A motivazione delle proprie pretese, il ricorrente ha rilevato che l'infortunio del 14 novembre 2016 è stato chiuso dall'assicuratore LAINF con la motivazione che i disturbi presenti sono dovuti esclusivamente a cause extra-infortunistiche; che le patologie citate nella richiesta di prestazioni AI non sono risolte e persistono tuttora; che il funzionario

responsabile del caso di infortunio gli ha consigliato di presentare domanda di prestazioni AI, richiesta avallata dal proprio medico curante dr. _____; che ultimamente, vista la situazione venutasi a creare (moglie, unico sostegno economico della famiglia, ha dovuto superare da poco un'asportazione tumorale con susseguenti terapie chemio- e radioterapeutiche) egli si sente inutile, svegliandosi di notte in stato di panico e non riuscendo più a dormire, ciò che lo rende apatico di giorno e, infine, sottolineando come oggi, all'età di 58 anni, ogni sua ricerca di una nuova occupazione risulta vana, visto che "quando consegno il formulario "certificazione salute" ed espongo le mie patologie le porte mi si chiudono" (doc. I). 1.4. Con risposta del 13 giugno 2018, l'Ufficio AI ha confermato la correttezza della propria decisione, con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (cfr. doc. IV). 1.5. In data 2 luglio 2018 il ricorrente ha trasmesso al TCA dei referti medici a comprova dell'esistenza delle patologie lombovertebrali e cervicali da egli citate nella richiesta di prestazioni AI, le quali hanno avuto un peggioramento anche senza lo svolgimento di attività fisiche particolari, comportandogli numerose limitazioni come attestato dal dr. _____ (doc. VI + 1-3). 1.6. Con osservazioni del 20 luglio 2018, l'Ufficio AI ha rilevato come la documentazione medica presentata dall'assicurato non apporti alcun nuovo elemento oggettivo che non sia stato già valutato dal SMR, chiedendo dunque nuovamente la reiezione del ricorso (doc. VIII). 1.7. Con scritto del 17 agosto 2018, il ricorrente ha nuovamente ricordato che oltre ai problemi che lo affliggono alla spalla sinistra, attestati dal dr. _____, egli presenta pure disturbi alla colonna vertebrale che gli provocano dolori e che sono peggiorati pur senza esercitare particolari attività fisiche. Egli ha precisato che il proprio medico curante ha elencato tali patologie fra le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa "solo perché non continuo ad andare dal medico e come detto sopra con gli antidolorifici della spalla e senza attività fisica (quindi a riposo) questi dolori non mi portano a dover andare in continuazione dal mio medico curante". Il ricorrente ha pure ribadito di essere sempre alla ricerca di una nuova occupazione, ma di non riuscire purtroppo "a trovare nulla, specialmente quando mi viene richiesto lo stato di salute e richiedono le patologie degli ultimi dieci anni". L'assicurato, ricordate le preoccupazioni che gli derivano dalla sua situazione familiare - con i problemi di salute avuti dalla moglie, unica fonte di reddito della famiglia e con un figlio agli studi - ha chiesto nuovamente che possa essere rivisto "il mio grado di inabilità in modo da poter ricevere una rendita anche se minima ma almeno da poter sostenere parzialmente la mia famiglia" (doc. X). 1.8. Con osservazioni del 23 agosto 2018, l'amministrazione, alla luce del fatto che le sole patologie invalidanti sono di natura infortunistica e tenuto conto di quanto attestato dallo stesso medico curante dell'assicurato, ha ribadito la correttezza del proprio agire, avendo raccolto tutta la documentazione medica necessaria presso l'assicuratore infortuni competente. L'Ufficio AI, osservato che l'assicurato non ha prodotto documentazione medica a sostegno del carattere a suo parere invalidante delle altre patologie che lo affliggono, ha rilevato che pur comprendendo le difficoltà personali ed economiche dell'interessato, esse non giustificano il riconoscimento di una rendita di invalidità (doc. XII). 1.9. Con scritto del 4 settembre 2018, l'assicurato ha ancora una volta sottolineato di essere afflitto da altre patologie oltre a quella alla spalla (doc. XIV). Tale scritto è stato trasmesso all'amministrazione (doc. XV), per conoscenza. 1.10. In data 18 marzo 2019, l'assicurato ha prodotto un referto medico aggiornato redatto dal proprio medico curante, dr. _____ (doc. XVI + 1). 1.11. Con osservazioni del 22 marzo 2019, l'Ufficio AI ha rilevato che quanto trasmesso dall'assicurato riporta la recente situazione rilevata dal medico curante e "non è quindi in alcun modo atto a inficiare la

valutazione operata dalla dr.ssa _____ del SMR - posta alla base della decisione del 19 aprile 2018 - e si ritiene dunque che non sia necessario sottoporlo al vaglio di quest'ultima" (doc. XVIII). Tali considerazioni dell'amministrazione sono state trasmesse all'assicurato (doc. XIX), per conoscenza. in diritto 2.1. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione oppure no l'Ufficio AI ha rifiutato di assegnare all'assicurato una rendita di invalidità. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido,

sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi ; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5).

2.2. Al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurato, l'Ufficio AI, dopo avere richiesto informazioni ai medici curanti (dr. _____, spec. FMH in medicina interna e al dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia) e avere richiamato dal competente assicuratore infortuni gli atti medici relativi agli infortuni del 2014 e del novembre 2016, ha sottoposto il caso al SMR. Con rapporto finale del 10 ottobre 2017, la dr.ssa _____ del SMR ha posta la diagnosi principale con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “periartropatia omeroscapolare sinistra: infortunio il 14.11.2016 di spalla sinistra e lombosacrale; st. dopo infiltrazioni ripetute spalla sinistra; artro-RM del 22.3.2017: avanzata artrosi acromio-claveare con moderata ipertrofia ossea e capsulare. Moderato impingement sul tendine del sovraspinato e lieve distensione fluida della borsa sottoacromiale. Degenerazione del labbro glenoidale, sottile slaminamento parziale del tendine sovra- ed infraspinato” e, quali ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, quella di “11/2016 e 04/2014 S. lombovertebrogena recidivante”, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa ha elencato quelle di “11.02.2013 sutura della cuffia dei rotatori destra dopo infortunio nel 2012; 2/2005 ernia discale C6-C7; 2/2005 ; stato dopo infortunio ad una caviglia anni fa’; 1988 frattura tibia e fibula sinistra con materiale osteosintetico tibia in loco; obesità (128 kg)” (cfr. pag. 229 inc. AI).

Esprimendosi a proposito della capacità lavorativa, la dr.ssa _____ ha considerato l'assicurato totalmente inabile al lavoro a partire dal 14 novembre 2016 nell'abituale attività, ma pienamente abile al lavoro a partire dal 17 luglio 2017 (data della visita presso il dr. _____, medico curante) nello svolgimento di attività adeguate (cfr. pag. 230 inc. AI). Quali limitazioni funzionali, il medico del SMR ha indicato che l'interessato non deve fare sforzi con il braccio sinistro, non deve lavorare con le mani sopra la testa, non deve salire su scale a pioli o delle impalcature rispettose delle sue limitazioni funzionali (cfr. pag. 230 inc. AI). Stante tali conclusioni del SMR, l'Ufficio AI, tenuto conto della piena capacità lavorativa residua nello svolgimento di attività adeguate e dopo aver proceduto al raffronto dei redditi, ha rifiutato di assegnare all'interessato una rendita di invalidità, in difetto di un sufficiente grado di invalidità pensionabile.

2.3. In sede ricorsuale l'assicurato ha contestato la decisione di rifiuto di una rendita, sottolineando di essere affetto da

numerose altre patologie invalidanti oltre a quella alla spalla sinistra. A comprova di quanto sostenuto, egli ha trasmesso al TCA copia del rapporto medico per la valutazione del diritto alle prestazioni AI redatto in data 19 agosto 2017 dal dr. _____ (doc. B). In corso di causa, poi, l'assicurato, sempre per dimostrare di essere affetto anche da patologie a livello lombare e cervicale, ha trasmesso al TCA, oltre al noto rapporto del dr. _____ del 19 agosto 2017 (doc. VI/1), un referto del Prof. dr. _____ del 12 maggio 2005 (doc. VI/2) e un rapporto medico del dr. _____ del 28 febbraio 2011 (doc. VI/3). Da ultimo, l'assicurato ha trasmesso al TCA un referto dell'11 marzo 2019 del dr. _____, il quale ha fornito un resoconto di quanto constatato in occasione della visita dell'11 marzo 2019 (doc. XVI/1).

2.4. 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). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag.

109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.5. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del SMR del 10 ottobre 2017 (pag. 229 inc. AI). Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede. In effetti, questo Tribunale non può che constatare come il medico del SMR si sia espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato - ivi comprese quelle a livello cervicale e lombare alle quali ha fatto a più riprese riferimento l'interessato sia in sede ricorsuale, che in corso di causa - abbia esaminato tutta la documentazione messa a sua disposizione (compresa quella dell'assicuratore infortuni) e abbia valutato la capacità lavorativa in modo completo e accurato, concludendo per una inabilità lavorativa totale nella precedente attività di elettricista, ma per una piena abilità lavorativa in attività adeguate. Questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio le conclusioni alle quali è giunto il SMR, vista anche l'assenza di elementi o documentazione medico-specialistica tali da giustificare una diversa conclusione. Al di là delle affermazioni soggettive dell'assicurato a proposito del carattere invalidante dei propri disturbi - i quali sarebbero peggiorati nonostante l'inattività e gli antidolorifici che continua ad assumere, impedendogli di svolgere anche piccoli lavoretti domestici - il TCA rileva che lo stesso medico curante del ricorrente, dr. _____, ha

ritenuto che solo la patologia a livello della spalla sinistra abbia delle ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'interessato, mentre tutte le altre siano da considerare senza ripercussioni sulla stessa (cfr. doc. B). Considerato pertanto come l'assicurato abbia contestato le conclusioni dell'amministrazione senza tuttavia produrre, né durante la procedura amministrativa, né in sede di ricorso, documentazione medico-specialistica rilevante o fornire elementi che consentano in qualche modo a questo giudice di considerare inattendibili le valutazioni del SMR, il TCA deve concludere che non vi è motivo alcuno per distanziarsi dall'apprezzamento della capacità lavorativa posta alla base della decisione impugnata. In particolare l'interessato si è limitato a produrre refertazioni (peraltro datate, risalendo al 2005 e al 2011, cfr. doc. VI/2 e VI/3) a conferma dell'esistenza di patologie a livello lombare e cervicale, le quali del resto sono state riconosciute e prese in considerazione pure dal SMR, senza tuttavia presentare documentazione medica attestante un danno alla salute d'entità maggiore, o la presenza di altre patologie invalidante rispetto a quelle già prese in considerazione o, ancora la prova di un peggioramento dei disturbi intervenuto tra la valutazione del SMR e il momento di emanazione della decisione impugnata (del 19 aprile 2018, data che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. STF 9C_32/2017 del 31 ottobre 2017 consid. 4.3.2.; STF 8C_661/2013 del 22 settembre 2014 consid. 3.1.2.; STF 9C_5/2012 del 31 gennaio 2012; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1.)). All'assicurato va del resto ricordato 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). Quanto al referto dell'11 marzo 2019 del dr. _____ - il quale peraltro non si è espresso a proposito della capacità lavorativa (cfr. doc. XVI/1) - l'amministrazione ha correttamente rilevato come lo stesso riporti la recente situazione medica dell'interessato, successiva alla data di emanazione della decisione impugnata, e non sia quindi atto a rimettere in discussione la valutazione del SMR (cfr. doc. XVIII). Infine, il TCA concorda con l'amministrazione nella misura in cui, nelle osservazioni del 23 agosto 2018 ha indicato che "pur comprendendo le difficoltà personali ed economiche da egli riscontrate esse non giustificano il riconoscimento di una rendita di invalidità" (cfr. doc. XII). A proposito delle difficoltà che ha più volte segnalato l'interessato nel riuscire a reperire un'attività lavorativa, alla luce dei suoi problemi di salute che gli chiuderebbero le porte davanti a potenziali nuovi datori di lavoro, il TCA non ignora evidentemente le difficoltà esistenti attualmente sul nostro mercato del lavoro. Tuttavia, ciò rappresenta 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 (STFA inedita del 10 settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 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 assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., p.

83). In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione (cfr. ad esempio STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012). Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta l'affidabile e completa valutazione del SMR, il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che all'assicurato vada riconosciuta una incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività, ma una capacità lavorativa medico-teorica piena in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali. 2.6. Si tratta ora di esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha stabilito che il grado di invalidità dell'interessato corrisponde al 18%. Il TCA può fare proprio il calcolo effettuato dall'amministrazione, rimasto peraltro incontestato in sede ricorsuale (essendosi l'assicurato limitato a contestare gli aspetti medici), sottolineando come sia il reddito da valido, sia quello da invalido, siano stati correttamente determinati sulla base dei dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1. Il reddito da valido, infatti, è stato a ragione calcolato, conformemente alla giurisprudenza federale in materia (cfr., tra le tante, la STF 8C_842/2014 del 4 marzo 2015, consid. 2.4.2 con riferimenti e la STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016, consid. 3.1 in fine con riferimenti, vedi pure STF 8C_89/2018 del 18 settembre 2018), facendo capo ai dati statistici salariali di cui alla tabella TA1, settore 41-43, visto che al momento dell'insorgenza del danno alla salute (infortunio di novembre 2016) l'assicurato era iscritto in disoccupazione (cfr. pag. 134 inc. AI). Esso ammonta a fr. 69'279.30 (cfr. doc. A). Anche il reddito da invalido è stato correttamente determinato applicando la tabella RSS 2014 TA1 (al riguardo cfr. STF 8C_12/2017 del 28 febbraio 2017) e operando una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale ex DTF 126 V 80, per un importo di fr. 57'076 (cfr. doc. A). Conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2014) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) per un salario mensile, aggiornato al 2016, di fr. 5'367,56.--. Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 67'148,21 per un impiego a tempo pieno. Questo importo di partenza, è corretto e può essere fatto proprio da questa Corte, così come pure la riduzione sociale del 15%, tenuto anche 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, 132 V 393 consid. 3.3). Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 57'076.-- al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr.69'279.-- - risulta essere del 17.61%, arrotondato al 18 % secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. Ora, visto il grado di invalidità inferiore al 40% nello svolgimento di altre attività adeguate, l'Ufficio AI ha di conseguenza retamente negato all'assicurato l'attribuzione di una rendita di invalidità. La decisione impugnata deve dunque essere confermata. 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). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'assicurato. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Le spese

per fr. 500.-- sono poste a carico di RI 1. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il
presidente Il segretario Daniele
Cattaneo Gianluca Menghetti

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