

TI_GERICHTE 32.2020.22 vom 15. Januar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-01-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.22

FR: TI_GERICHTE 32.2020.22 du 15 janvier 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.22 del 15 gennaio 2020

Regeste

Terza domanda AI: 11%. SMR: confermato. CIP: confermato. Calcolo economico: confermato (non contestato). Negato assistenza giudiziaria/gratuito patrocinio

Erwägungen

E. 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). 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 Sozialversicherungsrecht, 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; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.5).

2.6. Per costante giurisprudenza, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549, consid. 6; STF 9C_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4; SVR 2016 UV Nr. 26 c. 2.2; STF 9C_243/2017 del 2 giugno 2017, consid. 4.1; STF 9C_170/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 32.2017.91 del 14 agosto 2018, consid. 2.4; STCA 32.2018.106 del 13 dicembre 2018, consid. 2.3; STCA 35.2018.76 del 4 marzo 2019, consid. 2.1; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.47 del 24

febbraio 2020, consid. 2.6). 2.7. Preliminarmente il TCA rileva che l'amministrazione ha ritenuto assolte le condizioni per entrare nel merito della nuova richiesta di rendita di RI 1 (cfr. annotazione del 6 aprile 2018 del medico SMR, dr.ssa med. _____: pag. 395 incarto AI) e che pertanto, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 2.3, si deve situare al momento in cui l'UAI con decisione del 31 gennaio 2018 (pag. 362-381 incarto AI), cresciuta incontestata in giudicato, ha attribuito all'assicurato mezza rendita di invalidità dal 1° marzo al 30 settembre 2015 e una rendita intera dal 1° ottobre 2015 al 31 ottobre 2016 (ovvero tre mesi dopo la visita di chiusura della _____), negando in seguito all'assicurato il diritto alla rendita, poiché presentava un grado d'invalidità del 10%, quindi, non pensionabile. In quell'occasione l'amministrazione si era fondata, dal profilo medico, sul rapporto finale del 2 ottobre 2016 (pag. 288-292 incarto AI) e sull'annotazione del 1° febbraio 2017 (pag. 320 incarto AI) del medico SMR, dr. med. _____, che ha posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di: "Polso sinistro: Stato dopo frattura radio distale e pregressa osteosintesi il 30.04.2004; Lieve neuropatia del ramo palmare del nervo mediano all'altezza del canale carpale; stato dopo artroscopia radio-carpica polso sinistro con sineviectomia e in particolare tenosinoviectomia dei flessori polso sinistro con AMO il 20.11.2014; Stato dopo decompressione a cielo aperto del nervo mediano all'altezza del tunnel carpale sinistro il 05.05.2015. Stato dopo infiltrazione con corticosteroide a livello del polso sinistro il 07.06.2016 ." e la ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di: "Neuropatia del nervo ulnare sinistro all'altezza del canale cubitale con verifica elettrofisiologica del 08.10.2015 " e la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di: "Esiti infortunio al ginocchio destro del 19.5.2009 (_____ R 18%) ." (pag. 288 incarto AI). Dopo avere posto svariate limitazioni funzionali (carico massimo in kg senza limitazione: 10 kg; alternanza della postura al bisogno, inclusa; nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari; non dover camminare regolarmente oltre i 100 m o salire/scendere le scale specialmente se a pioli; non dover restare in piedi tutto il giorno senza potersi sedere al bisogno: cfr. pag. 289 incarto AI), il medico SMR ha indicato che l'assicurato presentava una incapacità lavorativa del 100% (altalenante a 50%) dal 28 marzo 2014 sia nell'attività abituale sia in attività adeguate (intesa come riduzione di rendimento) rispettivamente una capacità lavorativa del 100% in un'attività rispettosa dei limiti indicati nel RAF dal 1° settembre 2016. Il medico SMR ha puntualizzato che le limitazioni funzionali tengono presente anche della problematica del ginocchio destro del 2009 (pag. 288 incarto AI). 2.8. Nel mese di luglio 2017 l'assicurato ha annunciato all'assicuratore LAINF una ricaduta dell'infortunio del maggio 2009, determinata da una recrudescenza dei dolori al ginocchio destro (cfr. consid. 1.3). Il 29 marzo 2018 il dr. med. _____ specialista FMH in medicina generale nonché medico di famiglia dell'assicurato, ha comunicato all'UAI un peggioramento dell'artrosi posttraumatica al ginocchio destro con incapacità lavorativa al 100% dal mese di luglio 2017 (pag. 391-392 incarto AI; cfr. consid. 1.4). In data 6 aprile 2018 il medico SMR, dr.ssa med. _____, ha informato l'UAI che la "nuova documentazione medica consente di affermare l'insorgenza di un nuovo danno alla salute che giustifica l'entrata in materia. " (pag. 395 incarto AI; cfr. consid. 1.4). In medesima data RI 1 ha presentato una nuova richiesta di prestazioni AI per adulti, giustificata dai postumi infortunistici del maggio 2009 (401-409 incarto AI; cfr. consid. 1.4). In seguito l'assicurato si è sottoposto, a causa di persistenti dolori a livello del ginocchio destro a svariate indagini, che sono state effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica come pure diverse visite mediche specialistiche

(anche in Svizzera interna, in particolare presso la Clinica _____ di _____ in data 3 ottobre 2018 come risulta dal rapporto del 10 ottobre 2018: pag. 481-485 incarto AI). Egli si è anche sottoposto a svariate sedute di fisioterapia e a delle infiltrazioni. Il 28 ottobre 2018 (pag. 490-491 incarto AI) il dr. med. _____, Viceprimario del Servizio di chirurgia ed ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, Civico, e il dr. med. _____, capoclinica, hanno attestato quanto segue: " (...) Vidit et dixit Dr. _____ Il quadro è chiaro si tratta di un'artrosi post-traumatica di ginocchio con degenerazione del comparto femoro-tibiale esterno. Il piatto tibiale risulta allargato e artrosico dovuto alla pregressa frattura. Il paziente è profondamente limitato nelle attività della vita quotidiana e la qualità di vita peggiora progressivamente negli ultimi mesi. Tuttavia il paziente ha un sovrappeso con un BMI oltre i 40. L'indicazione sarebbe quella di una protesi monocompartimentale esterna di ginocchio che però al momento dato l'eccessivo peso del paziente sarebbe rischiosa. Chiediamo quindi al collega Dr. _____ di convocare il paziente per una visita e una eventuale programmazione chirurgica. Noi rivedremo il paziente una volta eseguita la visita in chirurgia bariatrica." Nell'annotazione del 7 novembre 2018 (pag. 497 incarto AI) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " Nuova domanda AI del 4.2018. Per riassunto pregasi rifarsi al RAF del 2.10.2016 che ben riassume le patologie locomotorie presenti a carico della _____. La _____ ha rivalutato il 4.2018 l'Ato effettuando anche esame EFL alla clinica _____ nel quale lo stato valetudinario è risultato paragonabile al passato (vedi apprezzamento medico del dr. _____ ortopedico FMH del 24.4.2018 agli atti 1111 il 8.5.2018) ritenendo esigibile l'attività del programma occupazionale (sicurezza stradale) dove non doveva alzare pesi e non camminare su terreni sconnessi). Proposta. Alla luce di quanto sopra si giustifica presenza di uno stato valetudinario stabile con analoghe limitazioni come fino ad ora (vedi RAF del 2.10.2016) IL 100 come montatore di ponteggi IL 0 in attività adeguate Ulteriori accertamenti non sono al momento necessari non potendo escludere un approccio protesico nel futuro (anni, considerando la giovane età dell'Ato)." In ambito LAINF, nella STCA 35.2018.53 del 17 dicembre 2018 (cfr. consid. 2.4.7), cresciuta in giudicato (cfr. consid. 1.3 della presente sentenza; pag. 9-24 incarto LAINF), il TCA ha statuito come segue: " (...) Al precedente considerando sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione (e, nel 2016, la conferma) di una rendita di invalidità del 18%. Si tratta ora di esaminare la situazione esistente fino al maggio 2018, momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata. L'amministrazione sostiene che lo stato del ginocchio destro, oggetto dell'annuncio di ricaduta del luglio 2017, non sarebbe oggettivamente peggiorato in misura tale da determinare una modifica dell'esigibilità lavorativa stabilita a margine della visita di chiusura del 5 luglio 2016 (capacità lavorativa del 100% in attività idonee), di modo che non sarebbero parimenti dati i presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore (doc. 307, p. 4 – fasc. 1). Secondo il TCA, quanto fatto valere dall'istituto resistente trova in effetti riscontro nella documentazione medica agli atti, così come è stato correttamente sottolineato dal dott. _____ nel suo apprezzamento del 24 aprile 2018 (doc. 305, p. 6 – fasc. 1): "Sulla base di tali dati convergenti sia da un punto di vista strumentale sia da un punto di vista clinico, e dai risultati dei test funzionali effettuati presso la Clinica _____, appare evidente come non vi sia alcun peggioramento che possa essere rilevato e che quindi motivi una nuova esigibilità lavorativa." – il corsivo è del redattore; dello stesso autore, si vedano pure le note di cui ai doc. 220 e 243 – fasc. 1). I "dati convergenti" a cui ha fatto riferimento il medico di circondario dell' _____, sono

quelli che risultano dal rapporto 7 agosto 2017 del dott. _____ (doc. 211, p. 2 – fasc. 1: “Sulla base dei dati anamnestici, clinici e radiologici, il paziente presenta sempre delle alterazioni articolari condrali, soprattutto retropatellari e laterali dopo un evento traumatico avvenuto nel 2009 con frattura del piatto tibiale e rotula, trattata conservativamente, che non rivela strutturalmente al bilancio radiologico e di RM dei gravi progressivi peggioramenti tali da far sospettare un deterioramento osteoartrosico marcato.” – il corsivo è del redattore) e dalla valutazione della capacità funzionale effettuata dal reumatologo dott. _____ sull’arco di due giornate nel mese di marzo 2018 (doc. 302, p. 9 – fasc. 1: “Le limitazioni fisiche dimostrate non sono spiegabili con i reperti oggettivi patologici, con i risultati degli esami strumentali o con le diagnosi somatiche. (...). Da un punto di vista medico-teorico l’assicurato è abile al lavoro a tempo pieno per qualunque attività. (...). ... tenendo conto del fatto che piccoli problemi meccanici a livello di un’articolazione che ha avuto una frattura intraarticolare non sempre sono completamente rilevabili alle immagini, il lavoro esigibile non dovrebbe richiedere eccessivi movimenti di flessione-estensione delle ginocchia in carico e la posizione inginocchiata prolungata. Nei limiti del possibile il lavoro non dovrebbe richiedere in modo molto ripetitivo il salire e scendere le scale, spostamenti su terreni accidentati e spostamenti a piedi di molti km ogni giorno. Allo stesso tempo dovrebbero essere evitati movimenti che richiedano molta forza con il polso sinistro e siano molto ripetitivi.” – il corsivo è del redattore). Analoghe indicazioni si evincono pure dal referto 10 ottobre 2018 del Viceprimario di reumatologia della Clinica _____, il quale ha innanzitutto affermato che, alla luce degli esiti degli accertamenti compiuti, il principale problema dell’assicurato consiste nella perdita del posto di lavoro e nelle conseguenti difficoltà finanziarie. Egli ha inoltre rilevato che sebbene il ricorrente non sia più in grado di svolgere una professione fisicamente pesante, circostanza che peraltro nessuno contesta, sarebbe sicuramente importante una sua reintegrazione in un’attività lavorativa quotidiana (doc. XV 1). Le restanti certificazioni a disposizione, segnatamente quelle prodotte con il ricorso e in corso di causa, non appaiono atte a giustificare una diversa conclusione, e ciò nella misura in cui nessuno pretende che il ginocchio destro sarebbe peggiorato a tal punto da impedire all’assicurato lo svolgimento a tempo pieno di un’attività lavorativa adeguata. Ora, posto che le condizioni di salute infortunistiche non hanno subito oggettive e significative modifiche rispetto a quanto constatato al momento della revisione della rendita susseguente al secondo infortunio e che anche l’esigibilità lavorativa è rimasta la medesima, non sono dati i presupposti per aumentare la rendita d’invalidità in vigore per la via della revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA. In queste condizioni, il TCA può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). La decisione su opposizione impugnata merita conferma anche su questo punto.” (pag. 21-23 incarto LAINF) Il 4 marzo 2019 il dr. med. _____, capoclinica del Servizio di chirurgia ed ortopedia dell’Ospedale _____ di _____, _____, ha attestato una incapacità lavorativa del 100% dal 23

febbraio 2019 al 22 marzo 2019 (doc. I). Il 22 marzo 2019 (pag. 523-524 e 527-528 incarto AI) RI 1 è stato sottoposto a un intervento d'impianto di protesi totale del ginocchio destro, i cui costi sono stati presi a carico dall'_____ a titolo di ricaduta dell'evento infortunistico occorso nel 2009. Il 30 aprile 2019 (pag. 533-534 incarto AI) il dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " Valutazione e procedere L'evoluzione è piuttosto favorevole, anche se lenta. Il paziente si sta applicando nel recupero, gli ho prescritto un nuovo ciclo di 9 sedute di fisioterapia per migliorare via via sempre più la sua autonomia funzionale. Per i colleghi della _____: ho preso la decisione di porre indicazione operatoria per il caso del paziente, in quanto tra il controllo precedente dal dr. med. _____, al mio controllo in gennaio 2019, vi è stato un netto peggioramento della sintomatologia, con impossibilità del paziente ad avere un buon confort di vita. Motivo per il quale siamo arrivati rapidamente alla sala operatoria, in modo da porre rimedio a questa situazione comunque nettamente più grave rispetto a prima. Rivedrò comunque il paziente per un controllo di decorso tra 6 settimane." Nell'annotazione del 27 maggio 2019 (pag. 541 incarto AI) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " Per completezza vedi annotazione SMR del 7.11.2018 Considerando l'evoluzione artrosica al ginocchio destro l'Ato è stato operato con PT in data 22.3.2019 e questo anche in previsione di trattamento barilatrice (BMI 40) Dalla doc. ortopedica si giustifica quindi Fino al 1.1.2019 come da RAF 7.11.2018 Dopo 1.1.2019 una IL 100 per ogni attività lavorativa dal 1.1.2019 fino a 1.9.2019 (circa 6 mesi post. op.) Dopo questa data prego aggiornare la doc. richiedendo copie rapporti visite al ospedale italiano ortopedia." Il 26 settembre 2019 (pag. 566-567 incarto AI) il dr. med. _____, medico caposervizio del Servizio di chirurgia ed ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, _____, ha attestato quanto segue: " Valutazione e procedere Sono molto soddisfatto del risultato raggiunto dal paziente. Quando ho visto il paziente la prima volta il 31.01.2019, la situazione era gravemente peggiorata rispetto ai controlli precedenti ed abbiamo intrapreso la strada del trattamento chirurgico nel periodo successivo. Attualmente il paziente presenta una pressoché completa Restitutio ad Integrum e ritengo che abbia ri-acquisito l'abilità lavorativa, in maniera completa. Rivedrò il paziente solamente al bisogno. Ritengo vi sia stato un importante impegno da parte del paziente per recuperare la sua autonomia funzionale." Nel formulario intitolato " rapporto medico integrazione professionale/rendita " del 2 ottobre 2019 (pag. 551-557 incarto AI) il dr. med. _____ ha attestato una capacità lavorativa di 8 ore giornaliere in attività adeguate (pag. 556 incarto AI). Nel formulario intitolato " rapporto medico integrazione professionale/rendita " del 10 ottobre 2019 (pag. 559-565 incarto AI) il dr. med. _____ ha attestato una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, puntualizzando quanto segue: " a seguito di più di 2 anni di inabilità lavorativa prevedo una difficile reintegrazione nel mondo del lavoro " (pag. 564 incarto AI). Nel rapporto SMR del 21 ottobre 2019 (pag. 568-572 incarto AI), il dr. med. _____, ha posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di: " Gonartrosi post traumatica destra per cui PT 22.3.2019 in esiti infortunio al ginocchio destro del 19.5.2009 (_____ R 18%); Polso sinistro: Stato dopo frattura radio distale e progressa osteosintesi il 30.04.2004; Lieve neuropatia del ramo palmare del nervo mediano all'altezza del canale carpale; stato dopo artroscopia radio-carpica polso sinistro con sineviectomia e in particolare tenosinoviectomia dei flessori polso sinistro con AMO il 20.11.2014; Stato dopo decompressione a cielo aperto del nervo mediano all'altezza del tunnel carpale sinistro il 05.05.2015. Stato dopo infiltrazione con corticosteroide a livello del polso sinistro il 07.06.2016. " e le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di: "

Sindrome apnee notturna di tipo moderato; Obesità ” (pag. 569 incarto AI). Dopo avere posto svariate limitazioni funzionali (carico massimo in kg senza limitazione: 10 kg; alternanza della postura al bisogno, inclusa; nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari: cfr. pag. 571 incarto AI), il medico SMR ha indicato che l'assicurato presentava una incapacità lavorativa del 100% dal 28 marzo 2014 sia nell'attività abituale (definitiva, con prognosi stazionaria) sia in attività adeguate (intesa come riduzione di rendimento) per la problematica al polso rispettivamente una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata dal 1° settembre 2016 e nuovamente una incapacità lavorativa del 100% in attività adeguate dal 1° gennaio 2019 al 10 novembre 2019 (data rapporto Dr. _____) per la problematica al ginocchio (con prognosi stazionaria: cfr. pag. 569 e 570 incarto AI). Ulteriore documentazione medica è stata prodotta dal patrocinatore dell'assicurato in corso di causa. Il 21 gennaio 2020 il dr. med. _____ ha attestato una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate dal 16 ottobre 2019 (doc. C). Il 14 febbraio 2020 il dr. med. _____ ha attestato una incapacità lavorativa del 100% dal 25 ottobre 2018 al 26 settembre 2019 (doc. D). Nell'annotazione del 27 febbraio 2020 (doc. IV-1) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " La nuova documentazione medica messa a disposizione in fase ricorsuale dal rappresentante legale non apporta nuove diagnosi o inizi di nuove patologie atte a modificare quanto già noto e definito nel RAF del 21.10.2019." Nell'annotazione del 4 giugno 2020 (doc. X-1) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " Riguardo a quanto l'assicurato sostiene ovvero che l'incapacità lavorativa ance in attività adeguate sarebbe insorta prima del 01.01.2019 posso fare riferimento a quanto rilevato dalla _____ nella sua valutazione del 4.2018 effettuando anche esame EFL alla clinica Moncucco nella quale lo stato valetudinario è risultato paragonabile al passato (vedi apprezzamento medico dr. _____ Ortopedico FMH del 24.4.2018 agli atti 1111 il 8.5.2018) ritenendo esigibile l'attività del programma occupazionale (sicurezza stradale) dove non doveva alzare pesi e non camminare su terreni sconnessi) e quindi da definirsi adeguata. È stata quindi scelta la data del 1.1.2019 come data di inizio di una totale IL sia per peggioramento delle gonalgie che per esami di tipo preoperatorio essendo avvenuto l'impianto il 22.3.2019." 2.9. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA non ha motivo per scostarsi dal rapporto del 21 ottobre 2019 (pag. 568-572 incarto AI) - come pure dalle annotazioni del 7 novembre 2018 (pag. 497 incarto AI), del 27 maggio 2019 (pag. 541 incarto AI), del 27 febbraio 2020 (doc. IV-1) e del 4 giugno 2020 (doc. X-1) - del dr. med. _____ e ritiene, pertanto, dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che l'assicurato - abile al 100% in attività adeguate dal 1° settembre 2016 e continua - ha presentato in attività adeguate una incapacità lavorativa del 100% dal 1° gennaio 2019 al 10 novembre 2019 e nuovamente una capacità lavorativa del 100% dall'11 novembre 2019 e continua. La valutazione del medico SMR è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. Il TCA constata, infatti, che il medico del SMR ha tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici agli atti, inclusi quelli dei curanti e/o interpellati privatamente dall'assicurato. Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con

l'art. 49 cpv. 1 OAI (cfr. STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4.). Giova qui infatti ricordare 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-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (vedi DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C_1001/2012 del 29 maggio 2013; 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010; 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). Del resto, questa Corte ha già accertato, in ambito LAINF, - con sentenza n. 35.2018.53 del 17 dicembre 2018, cresciuta in giudicato, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.8 - che l'assicurato (che, giova qui ricordare, presenta unicamente un danno alla salute con ripercussioni sulla capacità lavorativa di origine prettamente infortunistica; ciò che peraltro è incontestato) al 14 maggio 2018 (limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali determinato dalla decisione impugnata in quella sede: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) continuava ad essere abile al 100% (presenza e rendimento) in un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico dal mese di luglio 2016 e che, pertanto, le condizioni infortunistiche non avevano subito oggettive e significative modifiche ed anche l'esigibilità lavorativa era rimasta invariata (cfr. STCA 35.2018.53 del 17 dicembre 2018, consid. 2.4.7). D'altra parte, l'assicurato non ha prodotto, nemmeno in sede ricorsuale, dei referti medico-specialistici in grado di smentire quanto valutato dal medico SMR. Il TCA ha preso visione della documentazione medica successiva al 14 maggio 2018 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.8 (cfr., in particolare, il rapporto del 10 ottobre 2018 della Clinica _____ di _____, pag. 481-485 incarto AI, rispettivamente il rapporto del 28 ottobre 2018 del servizio di chirurgia ed ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, _____, pag. 490-491 incarto AI). Tuttavia tali certificati medici non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedeltà della valutazione operata dal medico SMR, con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dal precitato medico, come pure dell'esigibilità da lui posta. In effetti, al pari di quanto già indicato al consid. 2.4.7 della STCA 35.2018.53 del 17 dicembre 2018, in tale documentazione nessuno pretende (per lo meno, fino alla fine del 2018) che il ginocchio destro sarebbe peggiorato a tale punto da impedire all'assicurato lo svolgimento a tempo pieno di un'attività lavorativa adeguata. Lo stesso dr. med. _____ (che ha riscontrato un significativo peggioramento dello stato di salute dell'assicurato in data 31 gennaio 2019: cfr. rapporto del 30 aprile 2019, pag. 533-534 incarto AI, e del 26 settembre 2019, pag. 566-567 incarto AI) ha attestato il 4 marzo 2019 una incapacità lavorativa del 100% dal 23 febbraio 2019 al 22 marzo 2019 (doc. I allegato al gravame). In siffatte circostanze, non possono portare a una differente conclusione i successivi certificati medici (stringati e generici) del medesimo specialista del 14 febbraio 2020, giusta il quale: “ Con la presente si

certifica che il paziente a margine è stato inabile al lavoro nella misura del 100% dal 25.10.2018 fino al 26.09.2019 per qualsiasi attività lavorativa ” (doc. D e Q-1) e del 27 febbraio 2020, giusta il quale: “ il sopracitato paziente è inabile al lavoro nella misura del 100% dal 23.08.2018 al 25.10.2018 compreso. Motivo: infortunio. Osservazioni: inabilità al 100% per qualsiasi attività lavorativa. ”). Parimenti dicasi per le restanti certificazioni a disposizione, segnatamente quelle prodotte con il ricorso e in corso di causa (relative al periodo 2017-2019), che non si esprimono in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attestano alcuna inabilità lavorativa dell’assicurato in attività adeguate. Il TCA rileva inoltre che il medico SMR ha riconosciuto un’incapacità lavorativa in attività adeguate dal 1° gennaio 2019 fino al 10 novembre 2019, ovvero per un periodo più lungo rispetto a quanto attestato dai medici curanti dell’assicurato (cfr. in particolare: lo specialista, dr. med. _____, ha attestato una IL sino al 26 settembre 2019: pag. 566-567 incarto AI; il medico curante, dr. med. _____ ha attestato una IL sino al 10 ottobre 2019: pag. 559-565 incarto AI). Infine, il Tribunale osserva di non tenere conto ai fini del giudizio della documentazione medica prodotta dal patrocinatore dell’assicurato in data 25 giugno 2020 (e relativa all’intervento chirurgico di “ sleeve gastrectomy laparoscopica ” del 16 giugno 2020 a cui si è sottoposto il suo cliente), poiché successiva all’emissione della decisione qui impugnata (in casu , il 15 gennaio 2020) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1). 2.10. Nella valutazione del 28 ottobre 2019 (pag. 577 incarto AI), la consulente in integrazione professionale (di seguito: CIP), _____, ha osservato quanto segue: " Vi è un’abilità in attività del 100%. Quali attività esigibili, non qualificate, semplici e ripetitive, possono essere definite quelle di: - Operaio generico in attività di imballaggio - etichettatura - controllo qualità, - Aiuto amministrativo (inserimento dati PC, rispondere alle telefonate), ecc.. - Aiuto venditore (in base ai rapporti ORL e Dr. _____ viene descritta una buona ripresa e funzionalità) si può quindi presupporre che tale attività sia ancora esigibile come definito nel rapporto SIP precedente; - Etc." Nella precedente valutazione del 23 gennaio 2017 (pag. 316 incarto AI), il consulente in integrazione professionale (di seguito: CIP), _____, aveva osservato quanto segue: " (...) L’assicurato, di anni, 47, presenta una capacità lavorativa medico-teorica del 100%. La sua professione abituale di montatore di ponteggi non può più essere esigibile. Per contro egli può esercitare un’attività di tipo molto leggero, dove l’uso delle due mani è possibile solo a determinate condizioni e dove non sono richiesti spostamenti lunghi. L’attività da lui già svolta di venditore può pertanto essere svolta se i limiti funzionali sopra indicati vengono rispettati. Possiamo pertanto ritenere l’assicurato reintegrabile al 100% in attività adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali. ” (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Questa Corte non ha motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dalla CIP nella valutazione del 28 ottobre 2019 (pag. 577 incarto AI). Il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l’età (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell’8 novembre 2011 consid. 3.5). Stante quanto precede questo TCA

condivide l'operato della CIP. Tanto più che in questa sede non sono stati sollevati argomenti atti ad imporre alla Corte di scostarsene. Infine, quanto alla possibilità di reintegrazione senza la necessità di provvedimenti professionali, questo Tribunale condivide la conclusione della CIP che, nella valutazione del 28 ottobre 2019 (pag. 577 incarto AI), ha stabilito che: " (...) Si tratta di un uomo 50enne che, a causa del danno alla salute, risulta abile al 100% in attività adeguate. Non si intravedono provvedimenti professionali atti a migliorare la sua capacità di guadagno. Se l'A. lo desidera, ma dovrà richiederlo lui stesso per iscritto, si rimane a disposizione per un aiuto al collocamento. (...)”

2.11. Stante quanto precede, le condizioni di salute infortunistiche (e, di conseguenza, l'esigibilità lavorativa) dell'assicurato non hanno subito, rispetto a quanto constatato con la decisione cresciuta in giudicato del 31 gennaio 2018, delle oggettive e significative modifiche, tali da giustificare il riconoscimento del diritto ad una rendita di invalidità in via di revisione ex art. 17 LPGGA. Il TCA rileva infatti che il peggioramento temporaneo dello stato di salute dell'assicurato risale al 1° gennaio 2019 ed è dovuto all'insorgere di una gonartrosi post-traumatica trattata chirurgicamente il 22 marzo 2019, e, quindi, di una nuova patologia rispetto alle affezioni all'origine della pregressa invalidità. Il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita risulterebbe, pertanto, al 1° gennaio 2020, ovvero dopo un anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. A tale data però l'assicurato aveva già riacquisito una piena capacità lavorativa in attività adeguate, così come determinate dalla CIP nella valutazione del 28 ottobre 2019 (pag. 577 incarto AI), dal 10 novembre 2019.

2.12. Per quanto concerne l'aspetto economico, accertata quindi una capacità lavorativa residua dell'assicurato del 100% in un'attività lucrativa adeguata rispettosa dei suoi limiti funzionali quale venditore come indicato dalla consulente in integrazione professionale _____ nella valutazione del 28 ottobre 2019 (pag. 577 incarto AI), l'UAI ha utilizzato, per la determinazione del grado di invalidità, il consueto metodo ordinario, mettendo a confronto il reddito che l'interessato avrebbe conseguito senza il danno alla salute (fr. 67'394.00 nel 2018) (reddito da valido), con quello risultante da un'attività leggera non qualificata nell'ambito del commercio al dettaglio (settore 47) desunto dai salari statistici conseguibile nel 2018 per 41,7 ore alla settimana (fr. 60'104.00) (reddito da invalido). Paragonando quindi i due redditi, l'amministrazione è giunta ad un grado AI del 10.81%, arrotondato all'11% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121. Il TCA non ha motivo per distanziarsi dai dati economici utilizzati dall'UAI - calcolati come da decisione del 31 gennaio 2018 cresciuta in contestata in giudicato, per quanto riguarda quello da valido (cfr. pag. 588 incarto AI) e in applicazione dei dati salariali statistici nazionali nel settore del commercio al dettaglio, in base alle indicazioni della CIP, con riferimento al reddito da invalido (cfr. pag. 588 e 576-577 incarto AI) - i quali, del resto, sono rimasti incontestati in sede ricorsuale (cfr. doc. I). In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dall'assicurato all'operato dell'amministrazione, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. Alla luce di quanto precede, questo Tribunale non può, dunque, che respingere il gravame e confermare la decisione impugnata.

2.13. Il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. 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). 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio (doc. I, pag. 5 e 6). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Ora, va rilevato che per quanto riguarda la situazione medico-valetudinaria dell'assicurato, sul quale era focalizzato il gravame, alla luce della giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino (riportata in sentenza), doveva apparire chiaro che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. In queste condizioni, non essendo adempiuto uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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