

TI_GERICHTE 32.2022.10 vom 22. Dezember 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-12-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.10

FR: TI_GERICHTE 32.2022.10 du 22 décembre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2022.10 del 22 dicembre 2021

Regeste

Rifiuto rendita in assenza di invalidità rilevante. Data competenza dell'UAI Ticino, anche se assicurato domiciliato in Svizzera francese, poiché l'assicurato al momento dell'inoltro della richiesta di prestazioni era domiciliato in Ticino. Ricorso respinto

Erwägungen

E. 1

Infatti il Dr. _____ attestando: i disturbi accusati dall'assicurato, deficit funzionali riferiti, in parte constatabili anche durante l'esame clinico funzionale peritale, si spiegano parzialmente con le alterazioni strutturali finora evidenziate, sottolineava la tendenza fibromialgica presentata dall'A. Similmente si pronuncia il Dr. med. _____ che attesta: Aucune des lésions visualisées sur l'IRM ne peut expliquer les symptômes de Monsieur RI 1. Il existe évidemment plusieurs diagnostics différentiels dont celui d'une fibromyalgie, celui de troubles psychosomatiques. Da ultimo, così come il Dr. Med. _____ attestava: “ Non ho proposte terapeutiche da formulare, in grado di migliorare le risorse fisiche dell'assicurato, anche il Dr. Med. _____ non ravvisa la necessità di ulteriori misure di ordine neurochirurgico. Infatti: ... il est... très clair pour moi qu'il n'y a aucun geste agressif à programmer et il ne faut plus non plus prévoir d'infiltration ou dénervation comme cela avait été proposé à la Consultation de la douleur de l'Hôpital Cantonal. Conclusioni: Riassumendo, la documentazione medica giunta in fase ricorsuale al TCA, non contiene elementi oggettivi nuovi. Da tale documentazione non emergono oggettività in grado di modificare le conclusioni della valutazione e delle risorse fisiche residue presentate dall'A, contenute nel Rapporto Finale SMR del 18.10.2021. Di conseguenza la mia valutazione della capacità lavorativa per un lavoro adatto allo stato di salute, espressa nel sopracitato Rapporto finale SMR del 18.10.2021 resta immodificata, con inabilità lavorativa definitiva in attività abituale di supervisore di magazzino.” (doc. XVI/1) A tale dettagliato e completo rapporto, reso dal medico SMR dopo accurato esame e che prende approfondita e motivata posizione sulle singole censure formulate dall'assicurato e sulle allegazioni del dr. _____, può interamente essere rinviato, non essendovi motivo di scostarsi. Del resto, i disturbi sottolineati dal dr. _____ erano già stati approfonditi dai medici incaricati da _____, dr.ssa _____ e dr. _____, e dalla dr.ssa _____ del SMR nei vari rapporti allestiti all'attenzione dell'amministrazione e di cui sopra. Rispetto alle certificazioni già prodotte in precedenza quelle allegate al ricorso non aggiungono alcun elemento nuovo rilevante. L'assicurato peraltro nemmeno adduce e sostanzia le ragioni per cui le conclusioni dell'amministrazione sarebbero errate. In sostanza quindi tali certificazioni non permettono di distanziarsi dalle conclusioni del SMR, non apportando nuovi elementi oggettivi ignorati e vanno tutt'al più intese nel senso di una parziale diversa valutazione della medesima situazione. Quanto

infine all'ulteriore certificazione prodotta dal ricorrente, il dr. _____, psichiatra curante dell'assicurato dal 10 maggio 2022, ha attestato quanto segue: " (...) Nous avons constaté les limitations fonctionnelles suivantes qui affectent le fonctionnement quotidien du patient, les limitations physiques dues à la douleur chronique, ayant retrouvée dans les études d'imagerie certaines altérations structurelles au niveau cervical et lombaire (IRM cervicale et lombaire du 15 juin 2022) comme pour la port de charges et le maintien prolongé d'une même position, et des limitations fonctionnelles psychiques telles que la capacité de concentration, la capacité d'endurance et une certaine psychorigidité qui a favorisé une difficulté d'adaptation, qui a conditionné une détérioration progressive de son état psychique, accentuant la symptomatologie anxio-dépressive. Nous apprécions le rapport médical du 7 juillet 2022 du Dr _____, neurochirurgien, où il ouvre un éventail de possibilités diagnostiques, dont nous attendons toujours les évaluations et rapports des différents spécialistes concernés pour exclure une autre cause première de douleur, étant le cas de l'unité de neurologie, rhumatologie et douleur. Mais aussi, on peut exprimer la possibilité que dans l'évolution du tableau décrit, le patient ait présenté des postures et un comportement antalgique de compensation, ayant développé un autre type de douleur qui n'est pas lié au niveau des lésions mises en évidence dans l'IRM, mais cela reste douloureux. Nous ne pouvons pas exclure catégoriquement que le syndrome douloureux présenté par le patient ait un certain type de relation avec les altérations structurelles trouvées à l'IRM/qui pourraient donner une symptomatologie algique. Deux affections douloureuses peuvent être envisagées en concomitance, un syndrome douloureux primaire qui respecte les niveaux et les dermatomes en relation avec les lésions mises en évidence dans la colonne vertébrale, et un syndrome douloureux secondaire, d'origine multifactorielle probable, de postures antalgiques compensatrices et d'expression psychosomatique en rapport avec l'intensité du stress ressenti par le patient. L'évolution a montré que le comportement antalgique compensatoire et d'évitement des efforts modérés-sévères effectués par le patient a été favorable, réduisant les hernies discales mises en évidence dans l'IRM cervicale du 21 novembre 2012, par rapport à l'IRM actuelle. IRM cervicale du 21 novembre 2012 : « Hernie discale subaiguë ou exacerbation subaiguë d'une hernie luxée latente au niveau C6-C7 du côté gauche. Répercussion directe surtout sur la moelle épinière et sur la racine (foraminal et intraspinal) de C7 gauche. De plus, une réaction inflammatoire s'étendant dans le récessus antérolatéral du C8 gauche. Hernie paramédiane droite au niveau C4-C5». Pour tout ce qui a été décrit, nous considérons que l'état actuel du patient ne lui permet pas de travailler normalement, mais dans un travail adapté à ses compétences et ressources, il pourra probablement travailler à 30 % maximum compte tenu de l'altération de la capacité de concentration, de l'endurance et de la douleur chronique." (doc. XXII/1) È inoltre stato prodotto un nuovo scritto indirizzato al paziente dalla curante dr.ssa _____ del 4 ottobre 2022 che afferma: " (...) Votre état de santé me préoccupe sur deux aspects ; 1) Vous présentez un syndrome douloureux chronique, dont l'étiologie première retenue était une discopathie pluri-étagée notamment au niveau cervical et lombaire, documentée lors de plusieurs IRM (dernier examen le 15 juillet 2022) et ayant motivé une prise en charge initiale au Centre de la douleur de l'hôpital cantonal de _____. Les infiltrations n'ayant permis de soulager vos douleurs que de manière transitoire un avis neuro-chirurgical a été demandé au Professeur _____ (hernie discale luxée en C6-C7 documentée sur une IRM en novembre 2022). Ce dernier conclut que vos douleurs ne sont pas expliquées par les altérations décrites au niveau du rachis et qu'un bilan plus exhaustif doit être effectué. Un bilan sanguin est effectué le 18 août mettant

en évidence un syndrome inflammatoire nouveau, faisant évoquer ainsi la possibilité d'une maladie rhumatismale sous-jacente. Nous attendons les conclusions de l'expertise rhumatologique du 7 octobre prochain. 2) Hormis les limitations fonctionnelles notoires consécutives à vos douleurs chroniques, votre état psychique est préoccupant et a motivé une prise en charge spécialisée au Centre _____. Je vous ai vu à plusieurs reprises en situation de crise tant sur le plan physique que psychique, les douleurs étant à l'origine de troubles du sommeil, d'une fatigue chronique et d'un trouble de l'humeur. Je vous ai mis au bénéfice d'une incapacité de travail pour les motifs ci-dessus et je maintiens qu'une activité maximale de 30 % peut être exigée à ce jour." (doc. XXII/2) In merito si è nuovamente pronunciata la dr.ssa _____ del SMR, il 18 ottobre 2022, come segue: " (...)

Considerazioni - Non esiste un esame obiettivo condotto sull'A che evidenzi una diagnosi ai sensi dell'ICD 10 diversa da quelle poste ne dal Dr. _____ nella sua valutazione peritale del 26.10.2020 e successivo complemento peritale del 06.04.2021, né dalla psichiatra Dr.ssa _____ (11.07.2020) né tanto meno dal perito di medicina interna Dr. _____ (28.07.2020); - non esiste la prescrizione di una nuova terapia farmacologica né tanto meno un nuovo programma di terapia fisica, fisiatrice e riabilitativa; - non viene attestato nessun nuovo blocco funzionale; - non esiste alcuna attestazione di ricovero ospedaliero e/o accesso al pronto soccorso; - l'ennesimo attuale psichiatra curante Dr. _____ a cui l'A viene avviato soltanto nel maggio 2022, documentata un'evoluzione favorevole dell'aspetto somatico con miglioramento rispetto alle immagini iconografiche del 2012, con riduzione delle ernie discali rispetto a quelle evidenziate attualmente ed esprime la propria valutazione soggettiva e di curante circa la capacità lavorativa residua presentata dall'A. Conclusioni Riassumendo, anche l'ulteriore documentazione medica giunta in fase ricorsuale al TCA, non contiene elementi aggettivi nuovi. Da tale documentazione non emergono oggettività in grado di modificare le conclusioni della valutazione e delle risorse fisiche residue presentate dall'A, contenute nel Rapporto Finale SMR del 18.10.2021. Di conseguenza, anche in questa occasione, la mia valutazione della capacità lavorativa per un lavoro adatto allo stato di salute, espressa nel sopracitato Rapporto finale SMR del 18,10.2021 resta immodificata, con inabilità lavorativa definitiva in attività abituale di supervisore di magazzino." (doc. XXIV/1) Le motivazioni, approfondite e chiare, del medico SMR dr.ssa _____, appaiono anche in questo caso convincenti. Occorre avantutto sottolineare che la documentazione prodotta dal ricorrente si riferisce ad accertamenti radiologici del giugno 2022 e valutazioni mediche eseguite nel luglio, settembre e ottobre 2022 e, quindi, riferiti ad una situazione ampiamente successiva alla data di emanazione della decisione contestata (del 22 dicembre 2021), la quale, per giurisprudenza consolidata, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti). Già per tale motivo la stessa non appare in questa sede rilevante. Ma a prescindere da questa considerazione, come detto, la stessa non evidenzia elementi che possano modificare la valutazione operata dall'amministrazione sino al momento determinante del provvedimento contestato. A prescindere dal fatto che, secondo giurisprudenza per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234), come ben concluso dalla dr.ssa _____ il 18

ottobre 2022, nei documenti prodotti dal ricorrente non vengono sostanzialmente poste diagnosi diverse da quelle indicate dal dr. _____ o dalla dr.ssa _____ o dal dr. _____. Inoltre non solo non è stato eseguito alcun ricovero ospedaliero, ma nemmeno è stata prescritta una nuova terapia farmacologica, fisiatica e riabilitativa. Quanto in particolare alla certificazione del 20 settembre 2022 del dr. _____, psichiatra che segue il ricorrente da maggio 2022 (e quindi ben 5 mesi successivamente alla decisione contestata), la stessa documenta un'evoluzione favorevole dell'aspetto somatico con miglioramento rispetto alle immagini iconografiche del 2012 e riduzione delle ernie discali e si limita in ogni modo ad esprimere una valutazione soggettiva circa la capacità lavorativa residua dell'assicurato. A ragione l'amministrazione sottolinea comunque che l'eventuale peggioramento dello stato di salute del ricorrente, che avrebbe determinato trattamenti o valutazioni successive alla data determinante della resa della decisione contestata (segnatamente l'eventuale insorgenza di una possibile malattia reumatologica ipotizzata dalla dr.ssa _____ alla luce degli esiti dell'esame del sangue del 18 agosto 2022, cfr. doc. XXII/2) dovrà, se del caso, fare oggetto di una nuova domanda di prestazioni, corredata dalla necessaria documentazione medica. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata (in concreto: 22 dicembre 2021) data che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti). Questo Tribunale ritiene di dover condividere le conclusioni del medico SMR, anche considerando come il ricorrente, rispettivamente i suoi curanti, non abbiano fatto valere argomentazioni che possano in qualche modo smentirle. Richiamato il già citato principio giurisprudenziale per cui 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, 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; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a; 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; cfr. sopra al consid. 2.6), le considerazioni dei curanti dr. _____, _____ e dr.ssa _____, non consentono, alla luce delle coerenti e convincenti argomentazioni della dr.ssa _____ del SMR, di scostarsi dalle conclusioni dell'Ufficio AI. Né del resto l'assicurato ha prodotto documentazione attestante un danno alla salute d'entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o un peggioramento successivo alle valutazioni del SMR e entro la data della decisione contestata. Va qui 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). 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-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (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). In conclusione, rispecchiando le valutazioni del SMR del 18 ottobre, 29 novembre, 30 novembre, 16 dicembre 2021, 9 agosto e 18 ottobre 2022 (doc. AI pag. 377, 406, 410, 418; doc. XVI/1 e XXIV/1), tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5 e 2.6), richiamato pure l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del possibile discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti, 115 V 142 consid. 8b) che se dal dicembre 2019 l'assicurato aveva presentato un'inabilità lavorativa, perdurata, a gradi alterni e diversi, sino al 26 ottobre 2020, dal 27 ottobre 2020 tuttavia il suo stato di salute era migliorato con una ripresa della capacità lavorativa completa in attività adeguate. La refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione della decisione contestata, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). La richiesta formulata dal legale dell'assicurato di eseguire ulteriori approfondimenti medici pluridisciplinari va quindi respinta. Sia peraltro osservato, quanto al richiesto approfondimento neurologico, che a ragione l'amministrazione non ne ha ravvisato l'opportunità, nessun documento agli atti avendo evidenziato la presenza di patologie neurologiche necessitanti di essere acclarate ulteriormente. 2.10. Quanto, infine, alla censura sollevata dal ricorrente in merito al fatto che l'amministrazione si sia sostanzialmente riferita a referti di visite medico-fiduciarie allestite da _____, assicuratore per indennità perdita di guadagno per malattia dell'ex datore di lavoro, ossia nell'ambito di un contratto retto dal diritto privato (LCA), va detto quanto segue. A questo proposito, nella recente sentenza 9C_667/2020 del 29 dicembre

2020, citata anche dal ricorrente, il Tribunale federale ha rammentato che al momento dell'inoltro di una domanda di prestazioni, l'Ufficio AI non interviene come parte alla procedura ma come organo amministrativo incaricato di applicare la legge. Conformemente al principio del libero apprezzamento delle prove, applicabile in virtù dell'art. 40 PC, in combinazione con gli art. 55 cpv. 1 LPGa e 19 PA, l'Ufficio AI non è vincolato a regole formali, ma deve esaminare in maniera oggettiva tutti i mezzi di prova, quale ne sia la provenienza e poi decidere se i documenti a disposizione permettono di giungere ad un giudizio valido circa il diritto litigioso (DTF 125 V consid. 3). Il TF ha poi rilevato che, di conseguenza, il codice di procedura civile, ed in particolare l'art. 168 CPC, non regola la maniera in cui l'Ufficio AI deve apprezzare le conclusioni di un rapporto medico in una procedura concernente il diritto delle assicurazioni sociali (sentenza 8C_240/2016 del 13 luglio 2016, consid. 5.2; cfr. DTF 141 III 433, consid. 2.6). Nel caso giudicato dall'Alta Corte, l'amministrazione non aveva fatto allestire alcuna perizia esterna, né era intervenuta nella realizzazione del referto redatto dall'esperto incaricato dall'assicuratore privato, ma lo aveva acquisito agli atti. Il Tribunale federale ha evidenziato che in tal caso i diritti procedurali previsti dall'art. 44 LPGa non avevano trovato applicazione ed il referto del medico incaricato dall'assicuratore privato non poteva essere qualificato come perizia medica (esterna all'assicuratore sociale) ai sensi di questo disposto. Tuttavia l'Alta Corte ha rilevato che nel caso concreto la ricorrente aveva avuto conoscenza del rapporto medico, nei confronti del quale aveva quindi potuto far valere le sue critiche, e che aveva del resto contestato in sede di osservazioni al progetto di decisione. Ella avrebbe pertanto già potuto sollevare in quella procedura le lacune evidenti ("lacunes criardes") di cui si era poi lamentata in sede federale. Il Tribunale federale ha rammentato che in ogni caso nell'ambito della procedura AI la valutazione dello psichiatra incaricato dall'assicuratore privato è uno dei tanti documenti medici che sia l'Ufficio AI che il Tribunale cantonale devono includere nel loro apprezzamento delle prove. Nella misura in cui la ricorrente aveva unicamente evidenziato gli effetti dei medicinali sulla sua capacità di lavoro, ella non aveva sollevato dei minimi dubbi tali da mettere in discussione la correttezza e la pertinenza delle conclusioni mediche del referto allestito su incarico dell'assicuratore malattie, fatte proprie dal Tribunale cantonale, ed in presenza dei quali sarebbe stato necessario allestire una perizia ad opera di un medico esterno all'UAI (art. 44 LPGa, DTF 135 V 465, consid. 4.4). In queste condizioni il Tribunale federale ha stabilito che non vi era pertanto alcun motivo per scostarsi dalle constatazioni del Tribunale cantonale. Nella fattispecie, analogamente a quanto giudicato dalla Corte federale, se anche l'Ufficio AI non ha fatto allestire alcuna perizia esterna e non è intervenuto nella realizzazione dei referti redatti dagli esperti incaricati da _____, ovvero dai dr. _____, _____ e _____, che ha acquisito agli atti, dovendo quindi ammettere che i diritti procedurali previsti dall'art. 44 LPGa non hanno trovato applicazione e non potendosi quindi i medesimi referti essere qualificati come perizie mediche (esterne all'assicuratore sociale) ai sensi del medesimo articolo, tuttavia va ribadito che il ricorrente ha tempestivamente avuto conoscenza di tali rapporti medici, nei confronti dei quali ha quindi potuto far valere le sue critiche, già in sede di osservazioni al progetto di decisione. Ora, considerato come l'assicurato si è sostanzialmente limitato a contestazioni soggettive, sostenendo di essere maggiormente inabile al lavoro, senza tuttavia addurre validi elementi o dubbi tali da mettere in discussione la correttezza e la pertinenza delle conclusioni mediche deducibili dai referti allestiti su incarico dell'assicuratore _____, ed in presenza dei quali sarebbe stato necessario allestire una

perizia ad opera di un medico esterno all'Ufficio AI (art. 44 LPGGA, DTF 135 V 465, consid. 4.4), questo Tribunale ritiene che non vi è alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni dell'Ufficio AI. Le censure riproposte in questa sede dal ricorrente, mosse segnatamente nei confronti dei referti allestiti a suo dire in modo affrettato dai dr. _____ e _____, non sono sorrette da alcuna documentazione che possa anche solo far ipotizzare la presenza di patologie diverse da quelle attestate dai medici interpellati dall'amministrazione o che ne comprovino un peggioramento sostanziale. Come ampiamente esposto sopra, del resto la documentazione prodotta dall'assicurato non evidenzia nemmeno l'introduzione di trattamenti terapeutici diversi e nemmeno si evincono ricoveri ospedalieri. Pure si è detto che nemmeno i più recenti accertamenti radiologici eseguiti nell'estate 2022 hanno evidenziato patologie nuove a livello delle affezioni cervicali e lombari (cfr. doc. XVI/1). Sia peraltro ancora osservato che le affezioni lamentate dal ricorrente hanno trovato opportuna e approfondita considerazione, compresa un'adeguata valutazione della componente psichica per tener conto della "tendenza fibromialgica" diagnosticata dal dr. _____ (cfr. consid. 2.5 e 2.6), tanto che l'amministrazione ha in ogni modo concluso per l'inesigibilità dell'attività lavorativa precedentemente eseguita e per la necessità di rispettare determinate limitazioni funzionali nell'esercizio di un'adeguata attività lavorativa. In ogni modo, per quel che concerne la durata dei consulti effettuati dai medici incaricati da _____, val la pena di sottolineare che, secondo la giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. STF 9C_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; 9C_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, STFA I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). E questo a prescindere dal fatto che il tempo investito normalmente dai periti medici non è riferito solo all'esame clinico, ma comprende anche l'anamnesi, la valutazione e l'insieme della documentazione radiologica e di laboratorio presente agli atti. Deve comunque essere sottolineato che nell'ambito della procedura AI le valutazioni dei dr. _____, _____ e della dr.ssa _____, non sono che alcuni dei tanti documenti medici che l'Ufficio AI ha incluso nel suo apprezzamento, al fine di giungere ad una conclusione chiara e ben motivata circa la capacità lavorativa dell'assicurato, che peraltro, come detto, si è basata sulle valide e approfondite conclusioni tratte dalla dr.ssa _____ del SMR.

2.11. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto sostanzialmente incontestato), alla valutazione esperita dall'Ufficio AI va prestata integrale adesione. Stante al 13 dicembre 2020 (ossia dopo un anno di attesa conformemente all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) un'inabilità lavorativa completa nella precedente attività, ma un'abilità completa in attività leggere adeguate, l'amministrazione ha proceduto al raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità. Conformemente all'art. 16 LPGGA (cfr. consid. 2.4), la stessa ha in effetti correttamente raffrontato un reddito da valido quale "supervisore magazzino" per il 2020 di fr. 58'500.- (determinato sulla base dei dati forniti nel questionario per il datore di lavoro del 16 luglio 2020 dalla _____ di _____, doc. AI pag. 128), a un reddito da invalido di fr. 58'610.- (determinato partendo dai fr. 69'953.- statisticamente conseguibili nel 2020 da personale maschile in attività semplici e ripetitive, valore mediano, ritenute esigibili dall'assicurato in base alle suesposte conclusioni medico teoriche, e riducendo tale importo del 15% per tenere conto della necessità di effettuare attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), ottenendo un grado d'invalidità dello 0% $([58'500 - 58'610] \times 100 : 58'610 = 0\%)$, che non conferisce il diritto ad una

rendita d'invalidità. Tale calcolo, rimasto come detto incontestato, ha applicato correttamente le norme applicabili sino al 31 dicembre 2021 (per quanto riguarda le nuove norme valide dal 1. gennaio 2022 in materia di valutazione del grado di invalidità cfr. gli art. 28a LAI, art. 25-26bis OAI; cfr. anche la giurisprudenza del TF riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013), facendo peraltro giustamente capo, per quanto riguarda i salari applicati, ai dati salariali statistici ufficiali (riguardo all'applicabilità dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna, cfr. anche la giurisprudenza del TF, in particolare DTF 142 V 178 consid. 2.5.7, 128 V 174; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. anche RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss). 2.12. In simili circostanze, ribaditi i suesposti periodi di inabilità lavorativa dal 13 dicembre 2019 al 26 ottobre 2020, considerata dunque la ripresa dell'abilità lavorativa completa in attività adeguate a partire dal 27 ottobre 2020, con un conseguente grado di invalidità nullo, l'assicurato non ha quindi presentato, ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI, un periodo ininterrotto di un anno con almeno il 40% di inabilità lavorativa in media e con un grado di invalidità di almeno il 40% alla scadenza dell'anno di attesa (art. 28 LAI; cfr. anche art. 6 LPGGA; cfr. al consid. 2.4), ragione per cui non gli può essere riconosciuto il diritto ad una rendita di invalidità. La decisione impugnata merita pertanto conferma, mentre il ricorso va respinto. Come già anticipato, a ll'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle sue condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato. 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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 di fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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