

TI_GERICHTE 32.2022.2 vom 9. Dezember 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-12-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.2

FR: TI_GERICHTE 32.2022.2 du 9 décembre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2022.2 del 9 dicembre 2021

Regeste

Negato diritto alla rendita in assenza di un grado d'invalidità sufficiente. Negati pure provvedimenti professionali. Decisione confermata

Erwägungen

E. 46

). 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%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali

del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . S econdo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.4 Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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). 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). 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 poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce

del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) 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 ancora evidenziato 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 pag. 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/RSAS 1999 pag. 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 del 27 settembre 2001; DTF 130 V 352).

2.5 Questo Tribunale, chiamato a verificare se, nel caso di specie, lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia reumatologica del 2 agosto 2021 eseguita dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, che ha concluso per una capacità lavorativa nel suo ultimo impiego di piastrellista del 20%. In un'attività adatta rispettosa delle limitazioni funzionali elencate, l'assicurato era invece da considerare abile in misura piena a partire al più tardi dall'inizio di marzo 2021 e cioè a circa 3 settimane dall'infiltrazione dei rami mediali delle ultime radici spinali L3, L4, L5 eseguita il 4 febbraio 2021 dal dr. _____ dell'Ambulatorio terapia del dolore dell'Ospedale _____ di _____ (doc. AI pag. 73). Nel suo referto, il perito, dopo aver riassunto accuratamente la documentazione agli atti – in particolare un rapporto del neurochirurgo dr. _____ del 5 maggio 2020 che ha posto le diagnosi di cervicalgie e brachialgie bilaterali croniche, nonché lombalgie e cruralgie bilaterali croniche, che sconsigliavano "attività con sollevamento di pesi ripetuti, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione ed eventualmente in torsione", e ha consigliato un chiaro calo ponderale e esercizio fisico; valutazioni del dr. _____ del 6 novembre 2020 e 5 febbraio 2021, che riassumono quanto già espresso dal dr. _____ circa le sintomatologie conosciute nell'ambito una

sindrome cervico-lombare con sintomatologia attualmente piuttosto lombare e cronica e consigliano pure un calo ponderale e un impegno muscolare di tipo riabilitativo, per rinforzare i muscoli addominali e paravertebrali, oltre a sedute di mesoterapia antalgica e infiltrazioni dei rami mediali delle ultime radici spinali di L5, L4 e L3 a destra e a sinistra; doc. AI pag. 130) – e analizzato i vari referti radiologici all’inserto (RM colonna cervicale del 2 aprile 2014 e 22 gennaio 2020, RM della colonna lombare del 5 ottobre 2020 e 22 gennaio 2020; doc. AI pag. 135), ha riassunto l’anamnesi familiare, personale, sociale, professionale e patologica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali e le constatazioni obiettive e ha quindi posto le diagnosi di: " (...) 6.1 con ripercussione sulla capacità lavorativa Sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno prevalentemente sul lato destro su alterazioni degenerative plurisegmentali soprattutto L4-L5 e L5-S1. 6.2 senza ripercussione sulla capacità lavorativa Cervicalgie su moderate alterazioni degenerative Epicondilopatia ulnare bilaterale Morbo di Dupuytren al IV raggio di destra e al V raggio di sinistra." Lo specialista ha quindi illustrato che l’assicurato aveva interrotto l’attività professionale nella forma completa a partire dal gennaio 2020, a causa dei dolori nella zona lombare con dei bloccaggi recidivanti e dei disturbi alla colonna cervicale. Egli presentava attualmente “ una sindrome cervico-vertebrale su delle alterazioni degenerative plurisegmentali di moderata entità stabili ormai dal 2014 data della prima risonanza magnetica e non peggiorate a un controllo di RM del 2020. Non ha mai presentato a livello cervicale delle irradiazioni di tipo irritativo radicolare alle estremità superiori ”, e alla colonna lombare vi erano dei dolori presenti da anni con una risonanza magnetica del 2015 che mostrava già delle alterazioni degenerative iniziali che avevano mostrato un'evoluzione con alla RM del 2020 soprattutto interessamento dei segmenti L4-L5 e L5-S1 con osteocondrosi a tali livelli. Non vi erano tuttavia compressioni o irritazioni radicolari. L’assicurato aveva avuto dei blocchi lombari ripetuti a seguito dell’attività professionale piuttosto pesante da lui svolta. In merito alla capacità lavorativa il perito ha affermato: " (...) 8.1 Capacità lavorativa nell’attività svolta finora Ritengo rassicurato a partire dalla mia visita abile al lavoro nella forma del 80% per quanto riguarda l’ultima attività professionale svolta quale piastrellista posatore di piastrelle. Ricordo a questo proposito che lavorava assieme al figlio in una ditta di due sole persone. Attualmente il figlio è da solo. Penso che in questa situazione vi possa essere una comprensione da parte del datore di lavoro permettendo all’assicurato di svolgere un’attività lavorativa adeguata alle sue condizioni di salute con una riduzione del rendimento del 20%. Il figlio può aiutare nei lavori più pesanti. Rispetto alla valutazione del Dr. med. _____ riscontro in effetti un miglioramento soggettivo dei disturbi. Per quanto riguarda l’attività di casalingo lo ritengo abile al lavoro nella forma completa da sempre. 8.2 Capacità lavorativa in un’attività adeguata Per un’attività lavorativa adeguata, che tenga in considerazione le limitazioni funzionali da me sopraelencate, ritengo l’assicurato abile al lavoro al più tardi a partire dall’inizio di marzo del 2021 e cioè a 3 settimane dall’infiltrazione dei rami mediali delle ultime radici spinali L3, L4 e L5 nella forma completa sull’arco di un’intera giornata con un rendimento del 100%. (...)" E circa le limitazioni da osservare ha affermato: " (...) L’assicurato è limitato in attività particolarmente pesanti in cui debba mantenere posizioni statiche prolungate soprattutto con la parte superiore del corpo leggermente flessa in avanti oppure lavorare, come il piastrellista di solito fa, inginocchiato con movimenti di rotazione della colonna vertebrale. Limitato nell’alzare dei pesi superiori ai 15-20 kg ripetutamente. Può mantenere la posizione seduta cambiando appoggio per almeno 2 ore, può camminare per 1 km su terreno piano. Può mantenere la posizione in piedi cambiando appoggio per più di 2 ore." In

merito ai provvedimenti sanitari e alle terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa ha affermato che “ L'assicurato può continuare con della fisioterapia. Importanti sono anche delle informazioni di tipo ergonomico. Attualmente non assume terapie medicamentose antidolorifiche se non del Celebrex 200 mg al bisogno. In caso di esacerbazione della sintomatologia dolorosa vi sono ancora ampie possibilità terapeutiche. Eventuali ulteriori blocchi lombari, non possono essere esclusi a priori .” (doc. AI pag. 139). Ora, tutto ben considerato, il referto del dr. _____, le cui conclusioni sono peraltro state condivise senza riserve anche dal SMR nel rapporto del 30 agosto 2021 (nel quale la dr.ssa _____ ha concluso per un'inabilità lavorativa completa dal 14 gennaio 2020, con ripresa di un'abilità nell'attività abituale dell'80% dal 17 giugno 2021 (data del consulto del dr. _____) e in attività adeguate del 100% dal 1. marzo 2021, a 3 settimane dall'infiltrazione dei rami mediali delle ultime radici spinali L3, L4 e L5, come concluso dal perito; doc. AI pag. 140), è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.4. Lo specialista si è in effetti espresso sulla globalità delle patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a disposizione ed ha valutato la sua capacità lavorativa anche sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita effettuata presso di lui. Contrariamente a quanto eccepito dal ricorrente (ricorso pag. 4, doc. I), il medico ha pure esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute del ricorrente, e in particolare delle affezioni alla schiena, prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta ed acquisita nel corso della procedura amministrativa. Il referto peritale non ha tralasciato alcun elemento di rilievo, ha eseguito gli esami più appropriati e studiato la documentazione agli atti, ha descritto nei particolari l'anamnesi e l'esame clinico ed ha risposto alle questioni poste dall'AI. Secondo questo Tribunale alla perizia del dr. _____ va quindi attribuita piena forza probante. 2.6 Alle conclusioni tratte dall'amministrazione sulla base della perizia reumatologica si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, le stesse non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Dalle ben motivate conclusioni della perizia del dr. _____ e del SMR non è in effetti possibile scostarsi sulla base delle certificazioni prodotte dall'assicurato nel corso della procedura amministrativa e contestualmente alle osservazioni al progetto di decisione del 26 ottobre 2021. Innanzitutto, la documentazione prodotta dall'assicurato in corso di procedura prima della stesura della perizia reumatologica del 2 agosto 2021 – segnatamente i rapporti del dr. _____ del 6 novembre 2020 (per la diagnosi di sindrome cervicale cronica e dorsolombare cronica, doc. AI pag. 75), del 5 febbraio 2021 (attestante l'esecuzione di un'infiltrazione per la cura della sindrome cervico lombare, doc. AI pag. 73), del dr. _____ del 25 maggio 2020 (relativo alla notifica dell'infortunio del 20 settembre 2019 alla _____, doc. AI pag. 77), del dr. _____, neurochirurgo, del 5 maggio 2020 per le diagnosi di cervicalgie e brachialgie bilaterali croniche, lombalgie e cruralgie bilaterali croniche (doc. AI pag. 78), referti di esami radiologici di RM colonna lombare il 5 ottobre 2015, RM colonna cervicale il 22 gennaio 2020, RM cervicale il 2 aprile 2014, attestato del 20 marzo 2014 del dr. _____ del Pronto soccorso per cervicalgie, dorsalgie e lombalgie (doc. AI pag. 87), rapporto operatorio relativo all'intervento del 18 dicembre 2015 per emorroidi (doc. AI pag.

89), scritto della dr.ssa _____ del reparto di chirurgia dell'ospedale di _____ del 4 ottobre 2016 per flemmone arto inferiore destro (doc. AI pag. 93), rapporto 27 settembre 2017 del dr. _____, cardiologo (doc. AI pag. 95) e 19 settembre 2017 del dr. _____ relativo ad un esame di colonoscopia (doc. AI pag. 100) – sono stati, per quanto di rilievo circa la capacità lavorativa dell'assicurato, approfonditamente ed adeguatamente esaminati non solo dal SMR (rapporto 6 maggio 2021, doc. AI pag. 106), ma anche e soprattutto dal dr. _____ nella perizia del 2 agosto 2021 alle cui conclusioni, ben motivate e complete, si può rinviare. D'altra parte, in fase di osservazioni al progetto di decisione del 26 ottobre 2021, con un certificato del 24 novembre 2021 il dr. _____, generalista curante, ha attestato in sostanza un'inabilità lavorativa del 100% e chiesto una rivalutazione del caso, affermando che “ il paziente che ha lavorato tutta una vita come piastrellista, un lavoro fisicamente e particolarmente pesante (alzare pesi, lavorare in ginocchio, lavorare in posizioni scomode per tante ore al giorno e spesso in ambienti freddi e umidi). Il suo corpo e in particolare la sua schiena, è "consumata" e degenerata. Il paziente ha dei dolori violenti recidivanti, spesso anche di notte. Prende regolarmente il Celebrex 200 mg. Le patologie della colonna vertebrale, in particolare della cervicale e della lombare, tendono a peggiorare e vengono confermate dagli specialisti. Una ripresa del suo lavoro, anche solamente parziale, è assolutamente impensabile ” (doc. AI pag. 159). Detta certificazione è stata sottoposta alla dr.ssa _____ del SMR, la quale, con Annotazione del 30 novembre 2021, ha affermato che “ il medico curante non porta nuovi elementi clinici che non siano stati valutati da parte del perito reumatologo; pertanto non c'è la necessità di sottoporre la sua lettera al perito. Il RAF del 30.08.2021 rimane invariato ” (doc. AI pag. 162). Questa conclusione va condivisa, non emergendo dalle scarse certificazioni del curante alcun elemento nuovo o significativo che non sia stato approfonditamente valutato dal perito o dal SMR rispettivamente che sia idoneo a modificare le conclusioni peritali, limitandosi il medesimo in sostanza a riepilogare i trascorsi professionali e patologici relativi ai noti problemi alla schiena, menzionando i dolori sofferti dal paziente, ma non specificando su quali motivazioni egli fonderebbe la sua conclusione circa l'impossibilità di ritornare ad esercitare il suo lavoro e non pronunciandosi sulla capacità lavorativa in attività leggere ed adeguate alle limitazioni derivanti dalle affezioni alla schiena. Né del resto il ricorrente produce in questa sede nuova documentazione che attesti una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del perito reumatologo e del SMR, né ha fornito elementi che consentano in qualche modo di considerarne inattendibili le conclusioni. In questa sede egli si limita in effetti a ribadire la contestazione della valutazione medica, esprimendo tuttavia in sostanza un dissenso puramente soggettivo, sostenendo che gli dovrebbe essere riconosciuta un'inabilità lavorativa maggiore. Produce varie certificazioni già agli atti e già esaminate dal perito reumatologo (doc. A-E), oltre ad un nuovo certificato del 10 gennaio 2021 del curante del seguente tenore: " (...) Conosco il signor RI 1 dal 2004. E' sempre stato un grande lavoratore come piastrellista. Già nel 2014 sono stati fatti i primi accertamenti a causa di dolori e bloccaggi acuti recidivanti a livello cervicale e lombare. Fino all'inizio 2020 ha cercato di resistere e di andare avanti malgrado i dolori quotidiani, aiutato con analgesici, miorilassanti e fisioterapia. Il suo lavoro da piastrellista è particolarmente pesante, è quasi tutto il giorno in posizioni di lavoro contratte, in ginocchio, movimenti di rotazione, alzare pesi. In più è frequentemente esposto all'umidità e al freddo. Si è consumato e a partire dal gennaio 2020 non ha più potuto riprendere il suo lavoro. I dolori lombari e cervicali (hanno condizionato in modo importante da non più poter continuare a

lavorare. Oltre alla fisioterapia e a un consumo importante di analgesici sono state fatte delle infiltrazioni presso il centro del dolore all'_____. La gravità della problematica viene confermata dal dr. _____, neurochirurgo. La ripresa del lavoro, anche solo parzialmente, è assolutamente impensabile.” (doc. F) In merito a tale certificazione l'amministrazione, nella sua risposta di causa dell'8 febbraio 2021, ha affermato con pertinenza che la stessa ricalca nella sostanza il precedente certificato del 24 novembre 2021 prodotto in fase di osservazioni al progetto di decisione, il quale, come detto, è stato adeguatamente esaminato dal SMR (cfr. annotazione del SMR del 30 novembre 2021, doc. AI pag. 162). Ribadite le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.4; sia pure evidenziato che il TF, nella STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che “(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)” (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2)) l'unica certificazione prodotta dal ricorrente, segnatamente quella del dr. _____, non consente in alcun modo di dipartirsi dalle conclusioni del perito reumatologo e del SMR che si sono espressi in modo coerente e privo di contraddizioni. 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). Così stanti le cose, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino alla resa del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti (valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; anche DTF 135 V 465). Pertanto, visto quanto sopra, 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 l'assicurato presenta nella sua attività lavorativa di piastrellista un'inabilità totale dal 14 gennaio 2020 al 16 giugno 2021 ed in seguito abile dell'80%, mentre che in attività leggere e adeguate egli è inabile completamente dal 14 gennaio 2020 sino alla fine di febbraio 2021 e in seguito nuovamente abile pienamente. Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata vanno quindi confermate. 2.7 Per quel che concerne l'aspetto economico, rimasto sostanzialmente incontestato, per determinare il grado di invalidità l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), procedendo al relativo calcolo considerando come dal 1. marzo 2021 l'assicurato risultasse abile al lavoro nella misura del 100% in attività confacenti. Il

calcolo è stato esposto nella decisione impugnata come segue: " (...) Tenuto conto dei limiti funzionali dovuti al danno alla salute e del suo iter socio-professionale, lei risulta tuttora reintegrabile sul mercato libero del lavoro in una vasta gamma di attività generiche e non qualificate, di tipo semplice e ripetitivo, che non necessitano di alcuna formazione e che sono reperibili sia nel settore Secondario sia nel Terziario. Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta dall'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., D 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Reddito da valido Considerato che il rapporto di lavoro con il precedente datore di lavoro è stato disdetto per motivi estranei al danno alla salute, per definire il reddito da valido facciamo capo ai valori statistici editi dall'Ufficio federale di statistica, riferiti all'abituale campo professionale (costruzioni). In base ai valori statistici federali, tabella RSS, TA1, categoria professionale 41-43 (costruzioni), attività semplici e ripetitive, settore maschile, anno 2018 aggiornato al 2020, otteniamo un reddito annuo lordo di Fr. 70'711.00. Reddito da invalido Facendo riferimento ai dati statistici forniti dalla sopraccitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica (RSS, TA1, media dei redditi di tutte le categorie professionali, attività semplici e ripetitive, settore maschile, anno 2018 aggiornato al 2020), considerando una capacità lavorativa del 100% ed applicando una riduzione salariale del 5% per attività leggera, si evince che lei potrebbe ancora realizzare un reddito annuo lordo di Fr. 65'505.45 svolgendo un'attività adeguata al suo stato di salute. Confronto dei redditi Reddito da

valido	CHF 70'711.00	Reddito da
invalido	CHF 65'505.45	Perdita di
guadagno	CHF 5'205.55	Grado d'invalidità
	7%	Essendo il grado d'invalidità

inferiore al 40%, il diritto alla rendita non sussiste. Pur avendo lei presentato un'incapacità lavorativa di lunga durata, tenuto conto che la presentazione ufficiale della richiesta d'invalidità è avvenuta in data 07.10.2020 e che un diritto a rendita può nascere al più presto dopo sei mesi dalla data del deposito della domanda, nel suo caso specifico un diritto alla prestazione citata non può entrare in considerazione nemmeno per un periodo transitorio, a fronte del fatto che, alla scadenza dei sei mesi dalla ricezione della domanda (mese di aprile 2021) lei era già ritenuto totalmente abile al lavoro in attività adeguate ed il grado d'invalidità era inferiore al 40%.(...)." (doc. G) Tale calcolo, che applica la giurisprudenza del Tribunale federale in materia di confronto dei redditi (cfr. la giurisprudenza, riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013), e per quanto riguarda i salari applicati ha fatto correttamente capo ai dati salariali statistici ufficiali dichiarati applicabili dal Tribunale federale (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. DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U

439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.), procedendo pure correttamente (e incontestatamente) all'applicazione di una riduzione sul salario da invalido del 5% per "attività leggere" (doc. AI pag. 149), così come il conseguente grado di invalidità determinato dall'amministrazione nel 7%, vanno pertanto confermati. 2.8 Considerati quindi gli accertati gradi di inabilità lavorativa, nell'attività abituale quale piastrellista del 100% dal 14 gennaio 2020 al 17 giugno 2021 e in seguito del 20%, e in attività adeguate del 100% dal 14 gennaio 2020 al 1. marzo 2021 e in seguito dello 0% con conseguente grado di invalidità del 7%, non è dato alcun diritto a una rendita di invalidità. In effetti l'assicurato, pur avendo presentato un'incapacità lavorativa di lunga durata (inabilità lavorativa completa dal 14 gennaio 2020 sino al 17 giugno 2021 per quanto riguarda l'attività di piastrellista e sino al 1. marzo 2021 per quanto riguarda attività leggere adeguate), ha presentato la sua richiesta di prestazioni il 7 ottobre 2020. Ora, ricordato che un diritto alla rendita può nascere al più presto dopo sei mesi dalla data del deposito della domanda, l'assicurato non ha diritto ad alcuna prestazione ritenuto che alla scadenza dei sei mesi dalla ricezione della domanda (mese di aprile 2021) egli era già da considerarsi totalmente abile al lavoro in attività adeguate, con un conseguente grado di invalidità del 7% e, quindi, inferiore al grado minimo pensionabile del 40%. Ricordato inoltre come secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute (lett. b) e come la soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è del 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; 124 V 110 consid. 2b), in concreto, essendo il grado di invalidità del ricorrente inferiore alla soglia del 20%, a ragione con la decisione censurata l'Ufficio AI ha pure rifiutato di concedere provvedimenti di integrazione professionale. Nella decisione l'amministrazione ha in merito con pertinenza osservato che "La valutazione della pratica da parte del nostro consulente in integrazione professionale AI ha portato a concludere che non vi sono i presupposti per attuare provvedimenti professionali in quanto non permetterebbero di migliorare la sua attuale capacità di guadagno residua. Nella fattispecie, non appaiono inoltre limitazioni tali da rendere problematica la ricerca di un posto di lavoro adeguato nel mercato primario tramite i normali canali di collocamento" (doc. G). 2.9 Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.10 Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa 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.