

TI_GERICHTE 32.2022.20 vom 28. Februar 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-02-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.20

FR: TI_GERICHTE 32.2022.20 du 28 février 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.20 del 28 febbraio 2022

Erwägungen

E. 30

e i 54 anni che già percepiscono una rendita al momento dell'entrata in vigore della modifica di legge, il diritto alla rendita precedente perdura fintanto che il grado d'invalidità non subisce una modifica ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA (modifica di almeno 5% o aumento al 100%). Il diritto alla rendita precedente perdura anche se quest'ultima diminuisce in seguito ad un aumento del grado d'invalidità o aumenta in seguito ad una diminuzione del grado d'invalidità. Inoltre, la rendita d'invalidità viene aumentata se risulta una rendita più alta a causa di un aumento del grado d'invalidità. Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 30 anni ma che percepiscono già una rendita al momento dell'entrata in vigore della modifica di legge in parola, solo dopo 10 anni dall'entrata in vigore di detta modifica sarà applicata una scala delle rendite più dettagliata; se l'importo della rendita diminuisce dopo 10 anni a causa dell'applicazione della scala delle rendite più dettagliata, l'importo precedente continuerà ad essere pagato, configurando dunque un minimo. In caso di modificazione rilevante del grado d'invalidità (art. 17 cpv. 1 LPGA), sarà versata la rendita corrispondente ad esso. Sempre con riferimento al contesto intertemporale, si rileva che le indennità giornaliere che all'entrata in vigore della modifica legislativa sono versate in virtù dei previgenti artt. 22 cpv. 1bis e 23 cpv. 2 e 2bis continuano ad essere versate sino all'abbandono o alla conclusione del provvedimento che le ha giustificate. 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). Secondo 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 quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il

Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/ Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la

descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.5. 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; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/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 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). 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). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 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 (v. STF 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). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). 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 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere

fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.6. In concreto, ricevuta la (nuova) domanda di prestazioni nell'agosto 2021 (cfr. supra consid. 1.4.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'UAI ha proceduto a richiamare tutta la documentazione medica dai curanti e a sottoporla al vaglio del medico AI. Avendo quest'ultimo accertato una capacità lavorativa completa in ogni attività, l'amministrazione ha proceduto ad emanare la decisione qui impugnata, debitamente preavvisata (cfr. supra consid. 1.1.). Il ricorrente contesta sia la valutazione medico-teoria operata dal medico AI, sia la valutazione economica calcolata dall'UAI con argomentazioni di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito.

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dal medico AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni.

2.7.1. Quo alla valutazione medica operata dal medico AI, il ricorrente formula una serie di censure basandosi in particolare sulle refertazioni dei curanti, ragione per cui occorre in prima battuta analizzare queste ultime. Il certificato del 20 maggio 2021 del dr. _____ ha il seguente tenore: " Con la presente certifico che il summenzionato paziente lamenta una dermatite atopica severa invalidante e per questo motivo è in terapia da diversi anni con creme emollienti e cortisoniche nonché attualmente con farmaci biologici di ultima generazione. Tali trattamenti hanno portato ad un miglioramento della sua problematica di base, che però non è mai guarita completamente. A causa della dermatite associata anche a numerose allergie inalatorie, non tutti i lavori sono adatti al paziente; in particolar modo sono da evitare le attività in zone particolarmente polverose o con presenza di muffe o all'aperto con contatto ripetuto ai pollini. Un'eventuale attività lavorativa va quindi valutata in base alle sue allergie. (...)" (doc. 39, pag. 122 incarto AI) In sintesi, il curante ha diagnosticato una dermatite atopica, rilevandone il miglioramento tramite trattamento in corso e precisando come l'affezione dermatologica unita alle allergie inalatorie esclude la possibilità di eseguire attività che esporrebbero l'assicurato al contatto con diversi agenti. Lo specialista non ha tuttavia mai accertato un'inabilità lavorativa, né si è espresso circa le ripercussioni della stessa sull'attività di impiegato d'ufficio. Ne consegue che tale certificato è da interpretare quale lista di attività che l'assicurato non dovrebbe svolgere a causa dell'affezione all'epidermide e può tuttalpiù assumere i contorni di limiti funzionali. Tale disamina trova conferma anche nel formulario Rapporto medico: integrazione professionale/Rendita inviato al menzionato curante, compilato dalla dr.ssa _____ (anch'essa specialista in dermatologia) in sua vece e datato 14 settembre 2021. La specialista ha indicato come fino a tale data non sia mai stata attestata un'inabilità lavorativa, accertando altresì come la progressa grave dermatite atopica fosse in regressione netta grazie alla terapia farmacologica, evidenziando inoltre un buon controllo della dermatite. Circa i limiti funzionali del signor RI 1, la dr.ssa _____ non ne ha rilevati, formulando una prognosi "buona" sull'integrazione del paziente e rispondendo alla domanda "Quali sono i fattori che impediscono l'integrazione?"

con “ possibilità di esacerbazione della dermatite atopica ”, escludendo infine limitazioni afferenti alle mansioni domestiche quali la conduzione dell’economica domestica, l’alimentazione, la pulizia dell’abitazione, gli acquisti, il bucato e la cura dei bambini (doc. 50 incarto AI). Oltre a quanto precede, l’assicurato aveva presentato il certificato del dr. _____ (internista) del 9 giugno 2021 del seguente tenore: " Con la presente certifico che RI 1 è in cura specialistica da anni per una grave malattia dermatologica (Dr. _____, Caposervizio Ospedale _____). Per questo motivo, è attualmente inabile al lavoro al 100%." (doc. 39, pag. 123 incarto AI) Il dr. _____ (internista) si è dunque limitato a far riferimento ad una “ grave malattia dermatologica ”, accertando un’incapacità lavorativa completa nonostante il collega (lui sì, specialista nella disciplina interessata) non avesse mai certificato nulla in tal senso, anzi (vedasi sopra). Visto quanto precede, è a ragione che il medico AI nel suo rapporto finale SMR del 22 novembre 2021, dopo aver preso atto delle refertazioni mediche citate e osservando come il dr. _____ avesse attestato genericamente un’incapacità lavorativa del 100%, ha così valutato la situazione valetudinaria dell’assicurato (sottolineature del redattore): " (...) sulla base della documentazione raccolta risulta presenza di dermatite atopica attualmente in remissione grazie al trattamento in atto. Attività rispettose dei limiti funzionali, tipo lavoro d’ufficio risultano esigibili al 100% . A causa della dermatite associata anche a numerose allergie inalatorie, non tutti i lavori sono adatti al paziente; in particolar modo sono da evitare le attività in zone particolarmente polverose o con presenza di muffe o all’aperto con contatto ripetuto ai pollini. Un’eventuale attività lavorativa va quindi valutata in base alle sue allergie." (doc. 52, pag. 180 incarto AI) Il medico AI ha dunque inserito la dermatite atopica tra le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, riprendendo i limiti funzionali indicati nel rapporto del dr. _____ del 20 maggio 2021 (doc. 52, pag. 177 e seg. incarto AI). Alla domanda “È prevedibile una variazione della capacità lavorativa/mansioni consuete con l’adozione di provvedimenti sanitari/terapie?”, il dr. _____ ha risposto negativamente (doc. 52, pag. 180 incarto AI). Contestualmente alle osservazioni al progetto di decisione, l’assicurato, oltre ad informare l’UAI circa il secondo intervento di cataratta avvenuto il 25 gennaio 2022 (doc. 61, pag. 193 incarto AI), ha presentato il certificato del dr. _____ del 3 febbraio 2022, il quale ha attestato: " Con la presente elenco una serie di lavori che il paziente non può eseguire a causa delle (sic!) sue numerose allergie e problemi cutanei. In generale vanno evitati mestieri con esposizione diretta ai pollini, polveri di tutti i tipi, peli di animali, muffe e alimenti. Lavori da evitare: · Parrucchiere · Panettiere/pasticcere · Cuoco/aiuto cuoco · Infermiere · Muratore · Metalmeccanico · Meccanico · Carrozziere · Falegname · Carpentiere · Laboratorista · Agricoltore · Orticoltore · Giardiniere La lista è indicativa (...)” (doc. 61, pag. 194 incarto AI) Al certificato il dr. _____ ha allegato anche un dépliant informativo che illustra – tra l’altro – casi in cui individui affetti da allergie hanno potuto svolgere alcuni dei mestieri indicati sopra tramite i dovuti accorgimenti (doc. 61, pag. 196 e segg. incarto AI). In sostanza, il dr. _____ si è limitato a ribadire quanto già asserito nel certificato del 20 maggio 2021, fornendo un elenco esemplificativo di mestieri che l’assicurato non può svolgere a causa dell’affezione dermatologica e allergologica. Ed è dunque a ragione che il medico AI, esprimendosi circa le osservazioni al progetto ivi incluso il certificato di cui sopra, ha ritenuto che l’intervento di cataratta non comportava un’incapacità lavorativa prolungata (dalle tavole processuali non emerge nulla di diverso) e che, essendo l’assicurato di formazione economista/impiegato, il ventaglio delle attività da evitare illustrato dal curante non gli impediva di svolgere attività compatibili con l’affezione allergologica (docc. 63 e 64 incarto

AI). Questa Corte non può neppure ignorare il fatto che le stesse certificazioni dei curanti risultano, oltre che scarse, in contraddizione fra loro: da una parte il dr. _____ non ha rilevato alcuna incapacità lavorativa, descrivendo dei limiti funzionali, dall'altra il dr. Lepori ha, dal canto suo, indicato un'incapacità lavorativa in misura completa senza alcuna motivazione e senza indicare in quale attività essa sia da inquadrare, limitandosi ad un generico rinvio a quanto accertato dal collega, dr. _____. Da ultimo, si rileva che la documentazione presentata dal ricorrente nelle more del ricorso risulta irrilevante ai fini del giudizio, trattandosi di semplici rilievi fotografici effettuati dall'assicurato medesimo e dei risultati di un esame di laboratorio senza spiegazione alcuna (doc. X, allegato B2 e doc. XIII, allegati C1-C14).

2.7.2. Il ricorrente asserisce che l'istruttoria dell'UAI "è carente ed insufficiente contravvenendo all'obbligo di accertamento previsto dall'art. 43 LPGA" (doc. I, p.to 7), poiché l'amministrazione avrebbe dovuto, sulla base delle refertazioni mediche di cui l'insorgente si prevale e delle ulteriori censure ricorsuali di cui in appresso, "attuare approfondimenti medico-specialistici e amministrativi, al fine di riconoscere un grado d'invalidità e (in via subordinata) attuare i provvedimenti di reinserimento e di reinserimento professionale che si impongono" (doc. I, p.to 11). Il citato disposto di legge prevede, fra l'altro, che l'assicuratore intraprenda d'ufficio i necessari accertamenti, raccogliendo le informazioni di cui ha bisogno (cpv. 1). A tal proposito, giova rammentare che nell'ambito della procedura amministrativa l'assicuratore gode di un ampio margine d'apprezzamento circa la necessità, l'estensione e l'opportunità dell'accertamento medico da esperire e che il libero apprezzamento delle prove costituisce parimenti un principio valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4a ed., 2020, n. 18 e segg. e 61 e segg. ad art. 43 LPGA). Inoltre, il principio inquisitorio non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non potendo tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della lamentela vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. pro multis STCA 32.2021.79 del 17 novembre 2021 consid. 2.8.). Come accertato al considerando precedente, in concreto la refertazione medica di cui il ricorrente si è prevalso sia in questa sede che nella procedura amministrativa è stata valutata dal medico AI, il quale non l'ha ritenuta sufficiente per accertare un'incapacità lavorativa, conclusioni che questa Corte può fare integralmente proprie. Il ricorrente asserisce che "[benché] di formazione impiegato di commercio, a causa dei suoi gravi problemi di salute non ha mai potuto esercitare la propria attività lavorativa quant'anche considerata idonea dai medici dell'UAI. La sua unica esperienza professionale si è limitata a uno stage in marketing durante a (sic !) sua formazione terminata nel 2008 con un attestato di maturità federale", rinviano a molteplici affezioni (doc. I, p.to 8. e 9.). Che il ricorrente sia al beneficio di prestazioni assistenziali è un dato di fatto che trova riscontro nelle tavole processuali (cfr. tra gli altri doc. 51 incarto AI). Per contro, l'asserzione secondo cui le affezioni comportino un'incapacità lavorativa costituisce una mera allegazione di parte che trova riscontro solo nello scarno certificato del curante, dr. _____ di cui si è già detto sopra e che, peraltro è in contraddizione con quanto certificato dal collega dr. _____ (cfr. supra consid. 2.7.1.). Pertanto, l'osservazione del ricorrente sul punto risulta infondata. L'insorgente asserisce inoltre che "la patologia in essere provochi periodicamente delle

ulcere alle mani ciò che concretamente rende qualsivoglia attività lucrativa inesigibile. A ciò si aggiungano le problematiche legate alle allergie inalatorie, ai dolori, al forte prurito (con effetto negativo a livello di capacità di concentrazione e resa) e gli effetti collaterali dei medicinali”, suffragando tale asserzione con un rinvio a pagine internet, accennando a “sofferenze psicologiche, anch’esse potenzialmente invalidanti e completamente neglette” e rimproverando all’amministrazione di non aver approfondito tali tematiche (doc. I, p.to 13. – 15.). Circa l’ulcera agli arti superiori e l’accenno ad imprecise problematiche di natura psicologica, si rileva che tali doglianze non sono mai state sollevate durante la procedura amministrativa, ragione per cui il ricorrente all’amministrazione di aver proceduto ad un’istruttoria superficiale sul punto rasenta la malafede. Inoltre, come ammesso dallo stesso legale, agli atti non vi è alcuna refertazione medica in tal senso; neppure i curanti, che hanno in cura RI 1 da anni hanno mai accennato a tali affezioni e le fotografie presentate nelle more della presente procedura (cfr. supra consid. 1.9. e 1.11.) non colmano la carente sostanza sul punto. Quo al rinvio a pagine web che trattano della dermatite atopica e delle patologie psichiche ad essa potenzialmente riconducibili, esso risulta irrilevante non trattandosi di refertazioni mediche riferite al caso che ci occupa ma piuttosto di meri spunti dottrinali che, come tali, non si esprimono circa le ripercussioni sulla capacità lavorativa del ricorrente. A tal proposito giova ricordare che l’accertamento dell’incapacità lavorativa è una prerogativa medica, non giuridica. Pertanto, le doglianze del ricorrente risultano sul punto inconferenti. Infine, il ricorrente censura le conclusioni dell’amministrazione secondo cui egli sia abile al lavoro in misura completa in lavori afferenti al suo ambito di formazione, segnatamente impiegato d’ufficio a tempo pieno (doc. I, p.to 16.) Sul punto questa Corte può far propria la presa di posizione del medico AI del 6 settembre 2016, ribadita dall’UAI in questa sede e tutt’ora pertinente (doc. IV, pag. 2; doc. 34 incarto AI: “Assolutamente non necessario un ambiente asettico”), secondo cui agli atti non vi è alcun indizio circa la necessità di un ambiente totalmente asettico in cui svolgere l’attività d’impiegato. Il TCA non ravvisa alcun motivo per dubitare delle conclusioni del medico AI circa la capacità lavorativa dell’insorgente, rilevando che con i dovuti accorgimenti (come ad esempio la possibilità di usufruire del telelavoro, un ambiente di lavoro rispettoso dei limiti funzionali descritti dal curante dr. _____ e dal medico AI) RI 1 sarebbe in grado di sfruttare la sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro equilibrato quale impiegato d’ufficio (come da sua formazione). In effetti, questo tipo di attività amministrativa è quella che meglio si presta ad un approccio flessibile anche per il datore di lavoro. Quanto precede trova conforto nella giurisprudenza della nostra Alta Corte (cfr. STF 9C_15/2020 del 10 dicembre 2020 consid. 6.1. e segg., 9C_277/2016 del 15 marzo 2017 consid. 4.1. con rinvii giurisprudenziali), fatta propria dal TCA (cfr. pro multis STCA 32.2021.89 del 7 marzo 2022 consid. 2.6. e 32.2016.127 del 13 luglio 2017 consid. 2.7.). Non essendo l’asserzione del ricorrente secondo cui egli è inabile al lavoro in misura completa e in ogni attività sufficientemente sostanziata, la censura dell’insorgente cade nel vuoto. 2.8. Circa la valutazione economica, il ricorrente sostiene che “[...] date le limitazioni funzionali e ambientali di cui soffre il signor RI 1, in aggiunta a una riduzione per incapacità lavorativa s’impone nella definizione del reddito da invalido una riduzione sociale del 20% almeno” (doc. I, p.to 17.). Il TCA può pertanto limitare il proprio esame a solo questo aspetto. Quo alla riduzione percentuale va ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua

nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TF ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Il TF ha inoltre precisato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 consid. 4.2). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, la Corte federale ha infine confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (consid. 5.4.). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6. Giova altresì ricordare che non è sufficiente che con l'impugnativa il ricorrente si limiti ad elencare singoli aspetti che potenzialmente potrebbero giustificare una riduzione percentuale dal reddito da invalido, in particolare se è stata accertata una capacità lavorativa residua del 70% in attività adeguata che, così l'Alta Corte, permette comunque di gestire un carico di lavoro rispettabile (cfr. STF 8C_190/2019 del 12 febbraio 2020, consid. 4.1. e seg.). Nel caso di specie, risulta assodato che, nonostante l'affezione dermatologica e allergologica, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo o di rendimento, l'attività di impiegato d'ufficio con i debiti accorgimenti (cfr. supra consid. 2.7.2.). In simili attività, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività (anche) sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, ragione per cui mal si comprende la richiesta di riduzione percentuale dal reddito da invalido. In effetti, secondo la più recente giurisprudenza federale (cfr., ad esempio, la STF 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 commentata da A. Bernasconi in SZS/RSAS 2021 pag. 49), una riduzione dettata dagli impedimenti fisici si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2. e i riferimenti ivi citati), circostanza che in casu non è data. Pertanto, anche questa doglianza del ricorrente risulta infondata. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata deve essere confermata ed il ricorso respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis 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 in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.