

TI_GERICHTE 32.2022.80 vom 4. November 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-11-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.80

FR: TI_GERICHTE 32.2022.80 du 4 novembre 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.80 del 4 novembre 2022

Erwägungen

E. 12

marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a giusta ragione o meno l'Ufficio AI ha limitato il diritto alla rendita al 30 aprile 2022 dopo aver calcolato un grado d'invalidità non pensionabile del 18% a far tempo dal 28 gennaio 2022. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). Nella DTF 148 V 162 consid. 3.2.1. il Tribunale federale formulato le seguenti precisazioni circa il diritto intertemporale: " Gemäss einer allgemeinen prozessualen Grundregel wird das anwendbare Recht durch den Zeitpunkt der Verfügung respektive – sofern diese angefochten ist – den Zeitpunkt des Einspracheentscheides bestimmt [...]. Bei Sachverhalten mit intertemporalem Bezug greift diese Grundregel jedoch zu kurz. In solchen Konstellationen sind weitere Aspekte mit zu berücksichtigen. So stellt sich insbesondere die Frage nach dem zeitlichen Geltungs- sowie dem zeitlichen Anwendungsbereich einer Bestimmung. Der zeitliche Geltungsbereich ist die "Lebensdauer" einer Rechtsnorm. Diese wird durch deren In- und Ausserkrafttreten bestimmt. Die eingangs genannte prozessuale Grundregel bezieht sich vorab auf den zeitlichen Geltungsbereich. Davon zu unterscheiden ist der zeitliche Anwendungsbereich einer Norm; dieser bestimmt den Zeitraum, in dem sich die vom Tatbestand erfassten Sachverhalte ereignet haben müssen [...]. Zeitlicher Geltungsbereich und zeitlicher Anwendungsbereich können zusammenfallen, müssen dies aber nicht; insbesondere bei Dauersachverhalten sind sie zu unterscheiden. Weil das intertemporale Rechtssetzungsprimat beim Gesetzgeber liegt [...], ist in einem ersten Schritt stets zu prüfen, ob die anwendbare Rechtsgrundlage Kollisionsnormen enthält. Fehlen solche, kommen auch hier allgemeine Grundsätze zur Anwendung. Diesbezüglich besagt der intertemporale Hauptsatz, dass in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben. Für zeitlich offene Dauersachverhalte bedeutet dies, dass sie grundsätzlich nach den jeweils geltenden rechtlichen Grundlagen zu beurteilen sind. Es ist somit bis zum Inkrafttreten einer Rechtsänderung das alte Recht und danach (ex nunc et pro futuro) – sofern die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind – das neue Recht anwendbar (unechte Rückwirkung [...]).". La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, prevede al marginale 9101 che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". I marginali 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma

Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, prevedono che: " Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022 ". Giusta la lett. c delle Disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 (Ulteriore sviluppo dell'AI), " Ai beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della presente modifica e che all'entrata in vigore della presente modifica hanno 55 anni compiuti continua ad applicarsi il diritto anteriore ". Tali persone, nate dal 1957 al 1966, fanno parte del cosiddetto " Gruppo diritti acquisiti " per cui la graduazione della rendita AI secondo il diritto anteriore è mantenuta fino al momento in cui il diritto alla rendita si estingue o le subentra una rendita di vecchiaia (cfr. Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, marginale 9200; cfr. anche Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, marginale 2002). In caso di modifica del grado d'invalidità, la rendita d'invalidità delle persone appartenenti al " gruppo diritti acquisiti " continua a essere fissata in base alla graduazione in quarti di rendita prevista dal diritto anteriore (rendita intera, tre quarti di rendita, mezza rendita, un quarto di rendita). A queste rendite resta integralmente applicabile il sistema di rendite in vigore fino al 31 dicembre 2021 (CD DT US AI, marginale 2003). Con scritto del 7 settembre 2022 destinato agli uffici AI (21/2022 Informativa per gli uffici AI: diritto transitorio per la valutazione del grado d'invalidità e la determinazione del diritto alla rendita (riforma Ulteriore sviluppo dell'AI)) ed inoltrato – dietro richiesta – il 5 ottobre 2022 al TCA, l'UFAS ha confermato che: " (...) in caso di prima concessione di una rendita si applicano le disposizioni in vigore al momento della nascita del diritto alla rendita", ad eccezione dei casi di "prima concessione di una rendita con variazione del grado di invalidità o limitata nel tempo e nei casi di revisione, a quest'ultima fattispecie applicandosi le disposizioni in vigore al momento della modifica determinante". Oltre a ciò, l'UFAS ha rilevato che "Nelle ultime settimane i tribunali cantonali hanno emanato diverse sentenze che hanno confermato, direttamente o indirettamente, la summenzionata regolamentazione di diritto intertemporale. Da queste sentenze si evince inoltre che i tribunali considerano il momento dell'emanazione della decisione impugnata quale limite temporale importante per l'esame dei fatti; tuttavia, non si può concludere su questa base che anche la determinazione del diritto applicabile dipenda dal momento dell'emanazione della decisione. In questo contesto, anzi, il momento aleatorio dell'emanazione della decisione è irrilevante per la

determinazione del diritto applicabile, dato che presenta sempre un certo grado di arbitrarietà (DTF 139 V 263). Nell'ottica di un'applicazione uniforme del diritto a livello nazionale, vi chiediamo pertanto di esaminare le sentenze cantonali prestando particolare attenzione alla corretta interpretazione della menzionata regolamentazione di diritto intertemporale e, in caso di decisioni che vi derogassero, di vagliarne l'impugnazione dinanzi al Tribunale federale." In concreto, l'assicurato ha presentato (la sua prima) domanda di prestazioni AI il 31 marzo/1. aprile 2020 (cfr. supra consid. 1.1.). L'incapacità lavorativa è stata accertata a far tempo da ottobre 2018 (cfr. supra consid. 1.3.). Trattandosi di una domanda tardiva, il diritto alle prestazioni AI è nato al più presto il 1. ottobre 2020 (cfr. supra consid. 1.3.). Conseguentemente, sia l'invalidità che l'asserito diritto alle prestazioni sono insorti entro il 31 dicembre 2021, sebbene la decisione di impugnata è stata emanata il 4 novembre 2022 (cfr. supra consid. 1.3. in fine). Per quanto attiene alla modifica del grado d'invalidità a far tempo dal 1. gennaio 2022 (cfr. supra consid. 1.3.), siccome in tale data l'assicurato aveva già compiuto i 55 anni (cfr. supra consid. 1.1. e infra consid. 2.7.), egli fa parte del "gruppo diritti acquisiti" per il quale si applica, di principio, il diritto previgente. Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più

presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) 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., pag. 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). 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. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

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. 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

E. 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 LPG – 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 pagg. 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 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. 2.6.1. In

concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha sottoposto la refertazione medica acquisita agli atti al medico SMR, il quale si è espresso più volte sulle stesse (cfr. supra consid. 1.2. e seg). Il ricorrente contesta la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, osservando come le certificazioni mediche agli atti permettono di concludere per un (perdurante) grado d'invalidità di almeno 50%. Quo alla valutazione economica e per quel che è dato a capire, egli contesta l'integrabilità nel mercato del lavoro accertata dalla consulente in integrazione, in particolare in ragione della sua avanzata età (cfr. supra consid. 1.3., 1.4. e 1.6.). Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dal medico SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni. 2.6.2. Il ricorrente non comprende anzitutto come mai a fronte di certificati medici che nell'arco di quattro anni hanno attestato incapacità lavorative dal 50% al 100% l'amministrazione ha "definito il grado di invalidità al 18% ". Dalle tavole processuali emerge che il ricorrente ha confuso il concetto di (grado di) incapacità lavorativa con quello di (grado di) invalidità ritenendoli intercambiabili. A tal proposito è sufficiente rinviare al consid. 2.3. (cfr. anche Merz, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Arbeitslosenversicherungsrecht, in: Zeitschrift für Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung, 2018, pag. 269 e segg.), evidenziando come l'accertamento dell'incapacità lavorativa è una questione prettamente medica, quello del grado d'invalidità, per contro, è invece di natura giuridica ed è effettuato in genere confrontando i redditi da valido e da invalido (cfr. artt. 28a LAI, 16 e seg. LPG), la percentuale così ottenuta poi andando a determinare l'eventuale diritto ad una rendita. In casu, sulla base di (pressoché) tutta la refertazione medica agli atti, il medico SMR ha accertato un'incapacità lavorativa del 50% in attività abituale (operatore ausiliario), mentre in un'attività adeguata ai limiti funzionali (cfr. supra consid. 1.2.) secondo il sanitario l'assicurato presenta una capacità lavorativa completa a far tempo dal 28 gennaio 2022 (cfr. supra consid. 1.3.). Il ricorrente contesta tale valutazione, rinviando in particolare ai certificati del curante dr. _____.

A torto. Giova al proposito riproporre in sintesi la refertazione del curante. Nel rapporto medico del 4 novembre 2021 il curante ha indicato delle incapacità lavorative senza precisare a quale attività fosse riferita (doc. 36, pag. 179 incarto AI). Il rapporto del 18 marzo 2022 presenta il seguente tenore: "[...] Onestamente visto i disturbi non so fino a quanto il paziente riuscirà a riprendere un'attività lavorativa al 100%. [...] probabilmente potrà continuare a lavorare al 50% ma non so fino a che punto potrà riprendere l'attività al 100%." (doc. 48, pag. 220 incarto AI, sottolineature del redattore). Ritenuto che, dal 16 marzo 2020 l'assicurato era ancora impiegato presso il precedente datore di lavoro nella misura del 50% (cfr. docc. 10, 11, 16, 30 incarto AI), l'indicazione del curante è da intendere come riferita all'attività abituale. A supporto di tale conclusione vi è anche quanto attestato nel rapporto del 15 giugno 2022 nel quale il curante ha comunicato all'Ufficio AI che " Ritorno sulla mia valutazione in quanto il signor RI 1 non è più abile al 100% per quanto riguarda il problema all'anca destra, ma resta abile personalmente al 50% ed ho prolungato l'incapacità lavorativa fino a fine settembre 2022 " (doc. 74 incarto AI, sottolineatura del redattore), mentre con rapporto del 5 ottobre 2022 il curante ha comunicato all'Ufficio AI che " Sono a chiedervi a che punto siamo per la vostra rivalutazione in quanto personalmente non credo che il paziente possa ritornare a lavorare al 100% nella sua attività ma probabilmente a un 50%." (doc. 81 incarto AI, doc. I, allegato B, sottolineatura del redattore). Il rapporto del 4 ottobre 2022, prodotto solo con il ricorso

(doc. I, allegato C), non fornisce alcuna indicazione, limitandosi ad accertare l'incapacità lavorativa dell'assicurato nella misura del 50% dal 1. ottobre 2022 al 31 dicembre 2022. E nemmeno il certificato del 20 dicembre 2022 inficia tale conclusione, il curante avendo riportato che "[...] in merito al paziente a margine che ho rivisto in data 15.12.2022, per valutare l'evoluzione di questa sintomatologia a livello dell'anca destra su cui non ritorno nell'anamnesi. Alla luce del mio esame clinico odierno a questo punto posso definitivamente affermare che il paziente non potrà più essere abile al lavoro al 100% ma solo ed esclusivamente nella misura del 50%. [...]" (doc. VI 2, sottolineatura del redattore). Infine, si rileva che l'insorgente medesimo ammette che il curante non si è mai espresso circa la capacità lavorativa in attività adeguata (cfr. supra consid. 1.8.). Ne consegue che sia il medico SMR che il dr. _____ convengono sul fatto che l'insorgente presenta un'incapacità lavorativa del 50% nell'attività abituale (cfr. supra consid. 1.3.). Ma mentre il medico SMR ha accertato una capacità lavorativa completa in attività rispettosa dei limiti funzionali rilevati, il curante non si è mai espresso in proposito. Per quanto attiene alle ulteriori certificazioni agli atti, si rileva che nessuno degli specialisti a cui il ricorrente rinvia in modo generico ha mai accertato un'incapacità lavorativa in attività adeguate, limitandosi ad evidenziare il complesso quadro valetudinario afferente all'anca destra (cfr. ad esempio il rapporto del 30 marzo 2022 del dr. _____, doc. 52 incarto AI; rapporto del dr. _____ del 5 maggio 2020, doc. 7 incarto AI; rapporto del dr. _____, doc. 38, pag. 190 e segg. incarto AI). Tutto bene considerato, la documentazione a cui l'insorgente rinvia non permette di mettere in dubbio l'accertamento del medico SMR, che va pertanto confermato. 2.7. Per quanto concerne la valutazione economica, il ricorrente censura la conclusione dell'Ufficio AI – basata sul rapporto della consulente in integrazione (cfr. supra consid. 1.2.) – secondo cui egli sarebbe reintegrabile nel mercato del lavoro, adducendo come l'avanzata età non gli permetterebbe di rientrare nel mercato del lavoro (cfr. supra consid. 1.4. e 1.8.). In concreto, preso atto del rapporto SMR del 26 ottobre 2020 (doc. 21 incarto AI), la consulente in integrazione ha così analizzato la reintegrabilità dell'assicurato senza (ri)formazione specifica (doc. 22 incarto AI, sottolineature del redattore): " Sulla base delle limitazioni date, vi sono attività esigibili, riconducibili alla categoria delle statistiche RSS svizzere in riferimento ad attività semplici e non qualificate. A titolo puramente di esempio e non esaustivo, si possono citare le seguenti attività, che non necessitano di alcuna formazione e per le quali l'assicurato sarebbe direttamente reintegrabile in un mercato del lavoro in equilibrio : - Addetto qualità/imballaggio/confezione: professione da svolgersi prevalentemente in posizione seduta. Il mansionario nel settore orologiero comprende il controllo qualitativo, estetico, la lucidatura, satinatura, ... dei semilavorati. Si tratta di componenti di piccole dimensioni e le scatole non superano i 5 kg [carico massimo accertato dal medico SMR, n.d.r.], oltre a ciò raramente la manipolazione necessita di sollevarli al di sopra dei fianchi. - Addetto alla metallurgia meccanica nel settore industriale orologiero: la professione permette l'alternanza della postura al bisogno ed è prevalentemente sedentaria. Peso massimo e per brevi tragitti non superiore ai 5 kg e ausilio di carrelli. - Operaio generico nel settore della componentistica industriale: confezionamento di viti, bulloni e di tutta la componentistica necessaria al settore edile. Materiale di piccole dimensioni che non supera i 5 kg. - Venditore: in piccoli negozi, commerci o chioschi dove l'attività varia, suddivisa in momenti di riordino, esposizione prodotti, consulenza di vendita, incasso, ... - Impiegato amministrativo per compiti semplici: piccole attività d'ufficio come riordino di merce venduta, controllo fatture, bolle di consegna, ... [...] A.to 57 enne, afc di pittore che a causa

del danno alla salute risulta abile al 50% in attività abituale e al 100% in attività adeguata. Considerando il percorso formativo e professionale dell’A.to, l’età, e il fatto che risulta abile al 100% in attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali segnalati dal medico SMR, non intravedo provvedimenti professionali che migliorerebbero la sua capacità di guadagno residua. Considerando la presenza sul mercato libero del lavoro di sufficienti attività accessibili e confacenti con il danno alla salute, si ritiene che l’A. sia direttamente reintegrabile nel mercato del lavoro tramite gli usuali canali di collocamento. Qualora l’A. decidesse di cambiare attività resto a disposizione per eventuali provvedimenti di aiuto al collocamento.” Questo Giudice, per le ragioni di cui si dirà in appresso, non ha motivo di non aderire a quanto riportato sopra, rilevato come l’insorgente si è limitato ad una censura generica circa l’impossibilità di reintegrazione a causa dell’età avanzata. In effetti, secondo la giurisprudenza il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili sul mercato del lavoro equilibrato (concetto astratto e teorico e che non considera la situazione concreta del mercato del lavoro, i posti disponibili durante congiunture sfavorevoli o le ridotte possibilità per l’individuo leso nel suo stato valetudinario di trovare un posto di lavoro esigibile ed appropriato, cfr. pro multis DTF 148 V 174 consid. 9.1. e 147 V 124 consid. 6.2.). Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l’età (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3). In casu, il consulente AI ha rispettato la citata giurisprudenza topica (cfr. STCA 32.2022.41 del 17 ottobre 2022 consid. 2.8.3.) Certo, l’assicurato, nato il _____ 1964 (doc. 8, pag. 78 incarto AI), al 28 gennaio 2022 – anno in cui da ultimo è stato ritenuto parzialmente abile in attività adeguate (cfr. in merito DTF 138 V 457 consid. 3.2.; cfr. supra consid. 1.3.) – aveva compiuto 57 anni ed è quindi lecito chiedersi se in un mercato equilibrato del lavoro simili attività siano da ritenere ancora esigibili. A tal proposito la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l’età, benché sia un elemento estraneo all’invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid 5.2; STF 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2). Riguardo all’esigibilità, da parte di un assicurato di età avanzata, di reinserirsi professionalmente su un mercato equilibrato del lavoro, con la STF 9C_847/2015 del 30 dicembre 2015 la nostra Massima Istanza si è occupata di un ricorrente, nato nel 1949 ed attivo all’80% nel servizio tecnico di macchine per uffici, che nel 2013 ha ottenuto un quarto di rendita. Adito su ricorso, il Tribunale cantonale ha effettuato una reformatio in pejus annullando la decisione amministrativa e rifiutando le prestazioni. L’assicurato ha interposto ricorso chiedendo una rendita intera di invalidità. Dopo avere esposto i principi stabiliti dalla citata DTF 138 V 457 sulla reintegrabilità degli assicurati in età avanzata (cfr. consid. 4.1.1), il Tribunale federale ha evidenziato al considerando 4.1.2 di avere ritenuto reintegrabili un assicurato di 62 anni e 9 mesi (STF 8C_345/2013 del 10 settembre 2013 consid. 4.3.3) e un altro di 61 anni (STF 8C_330/2015 del 19 agosto 2015 consid. 3.2), tenendo conto che i loro limiti funzionali non pregiudicavano la possibilità di trovare un impiego. Per contro, l’Alta Corte ha negato a un 64enne la capacità residua di reintegrarsi nel mondo del lavoro a causa dei suoi limiti funzionali (STF 9C_979/2009 del 10 febbraio 2010 consid. 4 e 5). Anche un’assicurata di

64 anni appena compiuti avente una capacità lavorativa residua del 50% a causa di diverse limitazioni è stata ritenuta non reintegrabile (STF I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4c e 4d), così come un'altra persona assicurata di 64 anni e 10 mesi avente una capacità lavorativa del 50% prima del raggiungimento dell'età pensionabile (STF 9C_153/2011 del 22 marzo 2012 consid. 3.3). A un assicurato avente il medesimo anno di età, 8 mesi prima del pensionamento, che non lavorava da 9 anni e che da più di 5 anni riceveva una rendita parziale ed era abile al lavoro in ragione del 50%, il Tribunale federale non ha riconosciuto la reintegrabilità della capacità lavorativa residua (STF 9C_145/2011 del 30 maggio 2011 consid. 3.4). Per un approfondimento della tematica dell'età quale fattore da tenere in considerazione nella determinazione della reintegrabilità, si rinvia in particolare alle STCA 32.2018.213 del 23 settembre 2019, 32.2018.106 del 13 dicembre 2018 e 32.2015.114 del 27 giugno 2016 con molteplici rinvii giurisprudenziali. Nel caso in esame, benché non disponga di ulteriori qualifiche oltre all'AFC di pittore, l'assicurato era al servizio dal 1996 quale operatore ausiliario presso il suo ultimo datore di lavoro, lavorando nella misura del 50% anche dopo l'insorgenza del danno alla salute, svolgendo lavori di " Taglio erba e manutenzione terreni ", " Sgombero neve con fresa ", " Pulizia stabili ", " Lavori di tinteggio (pittore) ", " Aiuto manutenzioni meccaniche " (cfr. docc. 10 e 11 incarto AI), ossia mansioni assai differenziate senza necessità di formazione specifica. Avendo svolto già in passato tali attività, quelle elencate a titolo esemplificativo dalla consulente in integrazione risultano sicuramente esigibili. Inoltre, come accertato (cfr. supra consid. 2.6.2.), le limitazioni fisiche non sono tali da precludere integralmente la reintegrazione in attività adeguate. In considerazione delle circostanze di cui sopra, questo Giudice ritiene provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6. e 129 V 56 consid. 2.4.), che in concreto l'età dell'assicurato e i suoi limiti funzionali non ostano allo svolgimento delle attività che la consulente ha indicato, tra cui possono essere annoverate anche attività di sorveglianza e controllo che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (cfr. STCA 32.2021.64 del

E. 18

ottobre 2021 consid. 2.13.). La valutazione dell'Ufficio AI, rispettivamente della consulente in integrazione va pertanto confermata. Visto quanto precede, la censura del ricorrente risulta, oltre che non sufficientemente sostanziata, inconferente. 2.8. Visto tutto quanto precede, il ricorso va integralmente respinto e la decisione impugnata confermata. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.