

TI_GERICHTE 32.2023.23 vom 26. Januar 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-01-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.23

FR: TI_GERICHTE 32.2023.23 du 26 janvier 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.23 del 26 gennaio 2023

Regeste

Ricorso contro decisione attribuzione rendita limitata nel tempo. Refertazioni dell'A. tardive, risp. non insinuano dubbi su valutazione SMR (confermata). Tentativo di reintegrazione i.c. irrilevante. Valutazione economica del TCA ancora più pregiudizievole per l'A., che presenta grado d'inv. nullo

Erwägungen

E. 38

LPGA, cui rinvia l'art. 60 cpv. 2 LPGA, prescrive che se il termine è computato in giorni o in mesi e deve essere notificato alle parti, inizia a decorrere il giorno dopo la notificazione (cpv. 1). Se l'ultimo giorno del termine è un sabato, una domenica o un giorno festivo del Cantone in cui ha domicilio o sede la parte o il suo rappresentante, il termine scade il primo giorno feriale seguente (cpv. 3; DTF 119 V pag. 8 = Pratiche VSI 1993 pag. 117 così. 3a). I termini stabiliti dalla legge o dall'autorità in giorni o in mesi non decorrono dal settimo giorno precedente la Pasqua al settimo giorno successivo alla Pasqua incluso, dal 15 luglio al 15 agosto incluso, dal 18 dicembre al 2 gennaio incluso (cpv. 4). Gli atti scritti devono essere consegnati all'autorità oppure all'indirizzo di questa, a un ufficio postale svizzero o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 39 cpv. 1 LPGA, applicabile anche nella procedura ricorsuale a seguito del rinvio di cui all'art. 60 cpv. 2 LPGA). Un invio raccomandato è reputato notificato al momento in cui il destinatario l'ha ricevuto. Generalmente un secondo invio e la susseguente ricezione non modificano tale risultato; essi sono giuridicamente irrilevanti (DTF 119 V 94 così. 4b/aa con riferimenti). Infine, secondo la giurisprudenza, l'onere della prova dell'avvenuta notifica di una decisione incombe all'autorità amministrativa (DTF 115 V 113 con riferimenti). Qualora la notifica o la relativa data siano contestate, in caso di dubbio fa stato la versione fornita dal destinatario (DTF 103 V 66 consid. 2a). Nel caso in esame le tavole processuali non permettono di chiarire se la decisione impugnata è stata inviata allo Studio legale e notarile Tamagni Fornara & Associati, come indicato in epigrafe della decisione (I, allegato A 1) o alla cassa di compensazione GastroSocial di Aarau che l'ha poi inoltrata al citato legale, quest'ultimo asserendo di averla ricevuta il 3 febbraio 2023. Non essendovi un invio raccomandato con tracciamento postale e non avendo l'Ufficio AI contestato la versione fornita dal patrocinatore dell'assicurato, la situazione di dubbio va risolta, conformemente alla suevocata giurisprudenza, in favore di quest'ultimo, ragione per cui il ricorso è tempestivo. Il TCA può pertanto entrare nel merito dell'impugnativa. nel merito 2.3. Oggetto del contendere è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha limitato l'attribuzione di una rendita intera al periodo dal 1. settembre 2021 al 31 marzo 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). 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 ”. Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l’asserita invalidità e l’eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l’eventuale diritto ad una rendita è nato il 1. gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l’assicurato ha presentato la sua prima (e qui litigiosa) domanda di prestazioni il 24 novembre/2 dicembre 2020 (cfr. supra consid. 1.1.), ragione per cui l’eventuale diritto a prestazioni AI è in ogni caso insorto precedentemente alla modifica legislativa di cui sopra (cfr. artt. 28 cpv. 1 lett. b e 29 cpv. 1 LAI). 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. 2.4. 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 LPGGA, 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 LPGGA 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA, 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 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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).

2.5. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013).

2.6. 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. CFPD, 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/Wili/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). 2.7. 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 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 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).

2.8. 2.8.1. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha sottoposto al medico SMR la refertazione medica acquisita agli atti. Il medico SMR si è determinato su detta refertazione con rapporto finale del 10 marzo 2022 (cfr. supra consid. 1.4.). Il ricorrente contesta la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, sostenendo di essere ancora inabile al lavoro, almeno nella misura del 50%, a causa delle gravi limitazioni funzionali. Egli rimprovera all'Ufficio AI di aver conferito un valore probatorio accresciuto alle valutazioni dei medici fiduciari dell'assicurazione infortuni, questi ultimi non essendo periti esterni ai sensi dell'art. 44 LGPA. Quo alla valutazione economica, egli evidenzia come il tentativo di reintegrazione professionale effettuato presso il precedente datore di lavoro sia stato futile, ciò che confermerebbe una situazione valetudinaria compromessa anche in attività adeguate. Inoltre, egli non comprende come mai non sia stato preso in considerazione il " gap salariale ", censurando la riduzione sociale al reddito da invalido operata dall'amministrazione in ragione del 20% (cfr. supra consid. 1.1., 1.6. e 1.7.). Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni.

2.8.2. Come accennato (cfr. supra consid. 1.6. e 1.7.), il ricorrente sostiene che siccome i medici fiduciari non sono dei periti esterni ai sensi dell'art. 44 LGPA, le loro valutazioni non beneficiano di un valore probatorio accresciuto. Ora, si conviene con l'insorgente che i pareri medici interni dell'assicurazione, per definizione, non configurano perizie esterne ai sensi dell'art. 44 LGPA, l'amministrazione dovendo ordinare queste ultime ogni qualvolta si presentino (anche solo minimi) dubbi circa l'affidabilità e concludenza delle valutazioni dei medici interni (STF 9C_661/2019 del 26 maggio 2020, 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2., STCA 32.2022.27 del 29 agosto 2022 e 32.2021.64 del 18 ottobre 2021). Quo alla valenza probatoria dei pareri dei medici fiduciari degli assicuratori – come quelli del medico SMR –, pur non assurgendo a rango di perizia esterna, in caso di lite essi hanno valore probatorio preponderante per rapporto ai pareri dei curanti e delle perizie di parte (cfr. supra consid. 2.7.; in tema Riemer-Kafka, Unabhängiger Board: Aufgaben und mögliche Umsetzung, in: Das Indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 2017, pagg. 154-158), a patto che, come detto, non sussista alcun dubbio sulla loro affidabilità e concludenza. Visto quanto precede, pur non configurando perizie esterne ex art. 44 LGPA, le valutazioni dei medici interni all'assicurazione infortuni, fatte proprie dal medico SMR, hanno valenza probatoria preponderante rispetto a quella dei curanti, rispettivamente di perizie di parte. In concreto l'Ufficio AI non ha mai asserito che la valutazione del medico SMR e dei medici dell'assicurazione infortuni costituissero delle perizie esterne ex art. 44 LGPA, ragione per cui la censura del ricorrente non ha pregio.

2.8.3. Il ricorrente contesta le conclusioni del medico SMR, adducendo una situazione valetudinaria ben peggiore di quella da lui accertata e che dovrebbe essere oggetto di

ulteriori approfondimenti medici. Va qui rilevato che il principio inquisitorio che vige nella procedura delle assicurazioni sociali non è da intendere quale principio assoluto ma trova il suo correlato nel dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c con rinvii). 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 ed ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con rinvii). Conseguentemente, nella misura in cui il ricorrente, peraltro rappresentato da un legale, con le osservazioni del 5 ottobre 2022 ed il ricorso del 1. marzo 2023 si è limitato ad esprimere critiche generiche e di carattere meramente soggettivo circa l'operato dell'amministrazione senza produrre alcuna (nuova) refertazione medica a supporto delle sue tesi (cfr. supra consid. 1.6 e seg.), egli ha violato il suo dovere processuale di collaborazione, con le suevocate conseguenze. Giova inoltre ricordare che secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). Ciò premesso, occorre analizzare la refertazione medica (pertinente) prodotta nelle more del ricorso e che, a mente dell'insorgente, renderebbe necessario un approfondimento medico, rispettivamente gli conferirebbe il diritto a metà rendita (cfr. supra consid. 1.7.). Con due scritti del 5 settembre 2022 (VI, allegati H e I) il dr. _____ si è così determinato: " [...] riguardo all'aspetto ortopedico, ho illustrato le mie perplessità nel rapporto: [...] nessuno ha pensato, o ritenuto opportuno, fare eseguire prove elettrofisiologiche per il nervo ascellare destro che, se risultasse danneggiato, inciderebbe anche sulla valutazione della menomazione fisica. La guarigione in intra-rotazione della testa omerale comporta naturalmente la limitazione funzionale attuale come pure, in un futuro neanche tanto lontano, peggioramenti artrosici alla spalla destra. Veniamo alla caviglia destra: [...] si osserva [...] un rimaneggiamento osseo a livello del talo (o astragalo) e os trigonum. Non vi sono però immagini riferite a TAC della caviglia per capire esattamente la situazione, esame che sarebbe oltremodo doveroso poiché un eventuale interessamento di questo importante osso [...] potrebbe comportare artrosi supplementare all'articolazione talare (o calcagno-astragalica) [...] con peggioramento praticamente certo, come del resto sottolinea il Dott. _____ [...] che sottolinea "vi è un rischio aumentato di sviluppo di artrosi precoce pertanto non si può escludere che nel futuro si dovrà valutare anche una IMI per tale problema". [...] questa valutazione può e dovrebbe avvenire già ora, tenuto conto che, con documentazione radiostrumentale [...] si può arrivare a conclusioni assai più precise e con valutazione IMI diversa rispetto a quella stimata. Sulla capacità lavorativa, sarebbe interessante capire se, come indicato nelle conclusioni neuropsicologiche il comportamento deficitario del paziente fosse dovuto alla scarsa scolarità e non a sequele post-traumatiche, come il signor RI 1 abbia potuto lavorare per 12 anni in un medesimo posto di lavoro e altri 25 in un altro riuscendo ad espletare

senza impedimenti le proprie mansioni. Se nel futuro non potrà assolvere il tipo di lavoro svolto, si dovranno valutare quali lavori confacenti siano alla portata [...]. Le limitazioni [...] della spalla e caviglia [...] possono e dovrebbero essere ancora valutate mediante prove di carico e funzionali previa le indagini radiostrumentali e neurologiche indicate nel rapporto. ” (allegato I, sottolineature del redattore). " [...] Visionando le radiografie è possibile ipotizzare esservi stata (non da escludere e ancora in atto) una lesione del nervo ascellare destro . La guarigione della frattura dell'omero è avvenuta con una angolazione in intra-rotazione ciò che può ampiamente spiegare la limitazione funzionale in abduzione-elevazione che non va oltre i 90/95°. A fronte della situazione interessante la caviglia destra , la prima radiografia del 10 settembre 2020 evidenzia una frattura trimalleolare spostata con os trigonum retrotalare. Per contro, le radiografie successive [...], mostrano [...] un rimaneggiamento [...] nella faccia posteriore del talo, rimaneggiamento che conferma gli esiti di frattura da implosione [...] mai menzionata nelle diagnosi [...]; non vi è neppure un rilevamento radiologico mediante radiografie convenzionali o TAC volte a valutare la situazione non solo a livello tibio-talare ma anche talo-calcaneare. Di conseguenza [...] ritengo necessaria una rivalutazione della situazione accertando: · lo stato della spalla destra mediante risonanza magnetica [...] per verifica stato articolare nonché l'accertamento dell'eventuale lesione del nervo ascellare mediante esame neurologico con prove elettrofisiologiche; · lo stato della caviglia destra mediante TAC [...]. Sullo stato neurologico e neuropsicologico non posso esprimermi in maniera compiuta , nondimeno [...], le conclusioni neuropsicologiche mi lasciano un po' perplesso. [...] Mi chiedo [se, n.d.r.] in considerazione del danno frontale subito non vi siano problemi di disordine frontale, forse meglio valutabili – oltre che dal neurologo – anche da uno psichiatra.” (allegato H, sottolineature del redattore). Ora, si rileva innanzitutto che la valutazione del dr. _____ configura una perizia di parte (cfr. supra consid. 2.8.2.) allestita in ambito LAINF (vedasi riferimento all'indennità per menomazione dell'integrità). Nel merito della valutazione specialistica, il menzionato chirurgo ha espresso delle generiche perplessità circa l'operato dei medici fiduciari, ipotizzando uno stato valetudinario peggiore rispetto a quanto da loro accertato, auspicando ulteriori esami diagnostici per poter escludere problematiche che, a mente sua, potrebbero avere ripercussioni sullo stato valetudinario dell'assicurato. La valutazione del dr. _____, che neppure si esprime compiutamente sulla capacità lavorativa residua, pertiene esclusivamente alle ipotesi diagnostiche che, di per sé, non sono sufficienti per sollevare dubbi circa le valutazioni dei medici fiduciari, fatte proprie dal medico SMR. Il ricorrente si prevale altresì del rapporto del 25 maggio 2023 del dr. _____ inviato al patrocinatore (XII, allegato O): " [...] Noto [...] non essere stata eseguita una visita neurologica presso altro specialista con domanda specifica di eseguire un esame ENMG per il nervo ascellare alla spalla destra. La motivazione per la quale mi ero soffermato su questa indicazione era che tutti [...], compreso il Dott. _____ [...], riportavano “ atrofia del muscolo deltoideo nella porzione anteriore”. [...] il tipo di frattura subito [...] il fatto che il paziente abbia questa atrofia e che la stessa non sia affatto migliorata [...], oltre che per il deficit di motilità dovuto alla guarigione delle fratture della spalla destra, può essere riconducibile con probabilità anche ad una lesione del nervo ascellare che innerva il muscolo deltoideo e quindi questa eventualità implicherebbe una valutazione supplementare per la menomazione alla integrità fisica della spalla. Riguardo caviglia e avampiede destro: la TAC eseguita il 14.3.2023 parla chiaramente per artrosi tibiotarsica, osteofiti marginali ossei e quindi il peggioramento futuro previsto dal Dott. Med. _____ [...] sta già avvenendo e, come prevede Lainf, occorre eseguire la

valutazione già tenendo conto dei danni futuri . Si aggiunge [...] il nuovo riscontro [...] di una frattura dell'osso cuboide a livello del piede destro in pseudoartrosi [...]. Questa componente comporta la previsione – praticamente certa – di artrosi calcagno-cuboide del piede destro. Gli elementi sopra riassunti devono, pertanto, essere oggetto di rivalutazione: nervo ascellare della spalla destra con esame ENMG per accertare o meno la lesione effettiva che spiegherebbe l'atrofia del muscolo deltoideo e conseguentemente derivante dal tipo di frattura. [...]. L'artrosi della caviglia destra , in questo momento, è da valutare almeno nella percentuale del 15% e non il 5% come valutato dal Dott. Med. _____ [riferita all'indennità per menomazione dell'integrità fisica, doc. 93, pag.284 e seg. incarto AI, n.d.r.], il quale si era orientato sui riscontri radiografici piuttosto vecchi. Si dovrà poi aggiungere la valutazione della lesione, finora mai vista né trattata ossia frattura composta dell'osso cuboide destro attualmente in stato di pseudoartrosi, che sfocerà in artrosi calcagno-cuboide nel prossimo futuro , questa componente può essere classificabile in artrosi grave con valutazione dal 10% al 20% situabile in un minimo del 10%. [...] non si può eseguire una semplice addizione delle varie postille post-infortunistiche poiché si potrebbe superare la percentuale del 100% tuttavia, in questo caso, la valutazione eseguita dal Dott. Med. _____ con il complessivo 20%, non si giustifica in base agli esami eseguiti finora. Sarebbe [...] importante dar seguito alle ulteriori valutazioni necessarie anche per l'eventuale valutazione di rendita . [...] aggiungo che sono [...] del parere che le lesioni a livello del parenchima cerebrale hanno lasciato qualche sequela specie comportamentale ; infatti il Dott. _____, che ha seguito il paziente a lungo, parla di impulsività, disturbi WM di tipo verbale discreti, linguaggio digressivo e alterazione della comprensione. La valutazione del Dott. Med. _____, per contro, riconduce queste componenti alla scarsa scolarità del paziente dovuta in parte anche alla ipoacusia presente dall'infanzia. Non entro nel merito di questa componente non di mia competenza pure rimanendo perplesso [...]. Consiglierei [...] una valutazione psichiatrica.” (sottolineature del redattore). Va qui rilevato che il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (pro multis DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in concreto il 26 gennaio 2023 (cfr. supra consid. 1.6. in fine). Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2.; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2., 127 V 467 consid. 1., 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020 consid. 2.11.). Tornando al caso che ci occupa, di tutta evidenza lo specialista non si è espresso sulla capacità lavorativa residua. Per quanto attiene all'affezione alla spalla, egli si è limitato a manifestare il proprio disappunto per il mancato esame ENMG del nervo ascellare, ipotizzandone una lesione (determinante l'accertata l'atrofia) che, se accertata, implicherebbe una rivalutazione dell'IMI per la spalla. Quo alla caviglia e all'avampiede destro, lo specialista – sulla base della TAC del 14 marzo 2023 – ritiene che il peggioramento prospettato dal collega dr. _____ sia già in atto, senza però accennare a come l'asserito peggioramento possa influire sulla capacità lavorativa residua, preferendo una valutazione prospettica – e divergente rispetto a quella del dr. _____ – della percentuale di indennità per menomazione dell'integrità fisica in ambito LAINF. Quo alla valutazione neurologica, è l'ortopedico stesso ad ammettere la propria incompetenza in tale ambito, limitandosi a sollevare generiche perplessità sull'operato del dr. _____ (specialista in neurologia, cfr. supra consid. 1.4.) e a rinviare al rapporto del 23 agosto 2021 del dr. _____

(specialista in neurologia). A tal proposito, si rileva che oltre al rapporto del dr. _____, il dr. _____ ha anche vagliato le valutazioni neuro(psico)logiche del 18 settembre 2020, del 31 marzo 2021 e del 13 settembre 2021 (doc. 95, pagg. 289-292 incarto AI), concludendo come l'assicurato " non ha riportato conseguenze neurologiche maggiori sia per quel che riguarda gli aspetti clinici concernenti le varie funzioni neurologiche che gli aspetti neuropsicologici ". Peraltro, chiamato a prendere posizione dall'assicurazione infortuni circa la censura del patrocinatore secondo cui i disturbi neuropsicologici dell'assicurato non fossero stati adeguatamente approfonditi, con complemento peritale del 26 luglio 2022 il dr. Bernasconi ha osservato quanto segue: " [...] faccio notare [...] che i problemi neuropsicologici sono stati presi attentamente in considerazione, innanzitutto richiedendo proprio la valutazione neuropsicologica dell' _____, che non era [...] nella documentazione iniziale . [...] ho preso contatto anche con il Dr. _____ , neurologo che conosce molto bene il paziente, e che mi ha confermato quanto da me riportato a pagina 7 della [...] perizia, anche a proposito degli aspetti neuropsicologici. Inoltre, [...] mi riferisco al rapporto del 15.12.2021 dell' _____, pagina 2, dove si riporta che "la valutazione neuropsicologica mette in luce un quadro cognitivo caratterizzato da lievi screzi di carattere attentivo-esecutivo e mnesico": si parla dunque di "lievi screzi" cioè di reperti di entità minima. [...] proprio in questa valutazione si sottolinea che i test somministrati possono "essere stati influenzati (in maniera rilevante) dalla ridotta scolarità e dalla scarsa abitudine all'impegno cognitivo e al setting valutativo". Inoltre, "viene riferita una buona autonomia nel funzionale, con funzionamento cognitivo-comportamentale adeguato in assenza di rilevanti ricadute o limitazioni ". In pratica, si ritiene che i risultati degli esami neuropsicologici siano innanzitutto solo minimamente alterati e che non hanno un influsso sulle attività quotidiane. [...] ritengo di poter confermare la mia valutazione." (I, allegato F). Richiamata la giurisprudenza topica (cfr. supra consid. 2.7. e 2.8.2.), ricordato il margine d'apprezzamento delle prove di cui il giudice delle assicurazioni gode e di quello ancora più ampio delle assicurazioni sociali circa la necessità, l'estensione e l'opportunità di esperire ulteriori approfondimenti medici, atteso che il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione, questo Giudice ritiene che in casu le refertazioni prodotte dall'insorgente e le argomentazioni da lui formulate nel corso della presente procedura non siano sufficienti ad insinuare dubbi circa la correttezza delle valutazioni dei medici fiduciari LAINF, fatte proprie dal medico SMR. Questo, perlomeno, fino alla data della decisione impugnata. Ciò non preclude all'insorgente di produrre, se del caso, nuove refertazioni mediche nell'ambito di un'eventuale nuova domanda di prestazioni AI, rilevato come non si possa escludere un peggioramento della sua situazione valetudinaria intervenuto dopo l'emanazione della decisione impugnata. La valutazione medica va pertanto confermata. 2.9. 2.9.1. Il ricorrente rimprovera all'amministrazione, per quel che è dato di capire, di non aver tenuto debitamente conto del fallito tentativo di reintegrazione professionale in attività leggera organizzato dal datore di lavoro, esito che confermerebbe la tesi secondo cui egli non sarebbe reintegrabile sul libero mercato del lavoro (I, p.to 7.; doc. 40 incarto AI). Come accennato (cfr. supra consid. 2.7.), spetta al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. In concreto tutti i medici hanno escluso in modo assoluto la ripresa, anche solo a tempo parziale o con riduzione del rendimento, dell'attività lavorativa abituale di cuoco (cfr. supra consid. 1.4.). La consulente IP ha quindi

rilevato nel mercato del lavoro in equilibrio una serie di attività semplici e non qualificate che l'assicurato può intraprendere nel rispetto dei limiti funzionali rilevati (cfr. supra consid. 1.5.). Conseguentemente, lo scritto del datore di lavoro del 16 settembre 2022 secondo cui “[...] martedì 13 settembre il Signor RI 1 si è presentato presso il nostro ristorante ad eseguire una prova di lavoro per poter valutare la possibilità di un [...] rientro quale impiegato [...]. La prova si è svolta durante il pomeriggio, momento della giornata in cui il lavoro è alquanto ridotto, specialmente in cucina, luogo d’impiego dello stesso ” e che “[...] risulta impossibile che egli possa riprendere la professione esercitata prima dell’incidente, come pure altre mansioni meno pesanti, in quanto il danno alla spalla gli impedisce la maggior parte dei movimenti necessari al lavoro ” (doc. 40, pag. 105 incarto AI, sottolineature del redattore) è irrilevante: da una parte il tentativo di ripresa lavorativa è stato effettuato nella sua attività abituale di cuoco, seppure con un carico di lavoro ridotto. Dall’altro, non è certo il datore di lavoro che può determinarsi sull’esigibilità o meno per l’assicurato di svolgere imprecisate “ mansioni meno pesanti ”, ritenuto che non è nemmeno dato di sapere se si tratti di una valutazione del datore del lavoro, se siano state tentate delle “ mansioni meno pesanti ” e, se del caso, in cosa esse consistano. 2.9.2. Il ricorrente contesta “ la mancata presa in considerazione del GAP salariale e di fattori riduttivi d’ordine socio personale ” (I, p.to 7.). Ora, nella misura in cui il ricorrente con “ GAP salariale ” intende il parallelismo dei redditi, giova illustrare quanto stabilito dalla nostra Massima Corte nella STF 9C_138/2019 del 29 maggio 2019 (consid. 4., sottolineature del redattore) sul concetto di parallelismo dei redditi: “[...] Il Tribunale federale ha già avuto modo di affermare che se una persona assicurata, per motivi estranei all’invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore precario, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari conseguibili nello stesso ambito professionale – tale limite essendo stato fissato al 5% – senza che vi sia spontaneamente accontentata, si procede a un parallelismo dei dure redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito, oppure facendo capo ai valori statistici, oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 134 V 322). Questa giurisprudenza intende garantire che i due redditi di riferimento vengano stabiliti sulla medesima base. Ora, se una persona assicurata realizzava nell’attività svolta senza danno alla salute un salario considerevolmente inferiore alla media poiché le sue qualità personali rendevano impossibile il conseguimento di un salario medio, non si può presumere che la stessa persona con il pregiudizio alla salute possa realizzare (anche solo in proporzione) un salario medio. Di conseguenza, se si prende in considerazione un salario senza invalidità che per i detti motivi si situava considerevolmente al di sotto della media, allora si deve tenere conto degli stessi fattori estranei all’invalidità anche per determinare il reddito ipotetico da invalido. Il parallelismo dei redditi tiene così conto della circostanza che la persona assicurata, da invalida, non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscerle un salario da invalida conseguentemente più basso. Non si giustificerebbe in effetti in alcun modo contrapporre a un reddito senza invalidità nettamente al di sotto della media un reddito da invalido medio realisticamente irrealizzabile. Per converso, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere

adattato al livello medio (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4 pag. 61 segg.; cfr. pure sentenza 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 3).” In concreto questo Giudice conviene con quanto asserito dall’Ufficio AI nella decisione impugnata, ossia che il “[...] gap salariale [...] non è stato applicato in ragione del fatto che l’assicurato dal 1998 ha lavorato sempre per lo stesso datore di lavoro: Inoltre nel punto 5 del curriculum vitae del 08.12.2020 [...] egli ha dichiarato di non aver effettuato ricerche di impiego alternativo, essendo soddisfatto del proprio lavoro. Questi elementi sono dimostrativi che il Sig RI 1 non aveva ambizioni di conseguire un reddito più elevato e si è “accontentato” del reddito percepito presso Scherrer & Caroppo, di cui è stato dipendente per un ventennio ” (I, allegato A 1). Inoltre, utilizzando i dati della tabella RSS 2020 TA1_tirage_skill_level (STFA U 75/03 del 12 ottobre 2006 e I 222/04 del 5 settembre 2006), in un’attività nel ramo 56 (ristorazione), livello di qualifica 1, uomo, per un orario aziendale di 42,5 ore (tabella NOGA 08, dati del 2020) il reddito statistico da valido ammonterebbe a fr. 51'497.25 (fr. 4'039 : 40 ore x 42,5 ore x 12 mesi). Essendo il salario effettivamente percepito nel 2020, ossia fr. 61'620 (doc. 6, pag. 18 incarto AI), superiore al reddito da valido calcolato su base statistica, anche per questo motivo non vi è spazio per un parallelismo dei redditi. Quo all’asserita insufficiente riduzione percentuale dal reddito da invalido, ci si potrebbe chiedere se la censura, così come formulata, violi o meno il dovere di collaborazione delle parti (cfr. supra consid. 2.8.3.), il ricorrente non avendo neppure motivato perché l’amministrazione sia in torto, quali ulteriori fattori andassero considerati per la riduzione e in che misura. Ma a parte ciò, si rileva che del 20% di riduzione sociale la metà (10%) è da ricondurre al “ Tasso di riduzione per attività leggere ” (doc. 31 incarto AI). Ora, la domanda a sapere se occorre operare una riduzione percentuale dal reddito da invalido è una questione di diritto, liberamente verificabile dal giudice delle assicurazioni sociali (pro multis DTF 146 V 16 consid. 4.2. con rinvii giurisprudenziali). A tal proposito si evidenzia che in plurime pronunzie (pro multis STCA 32.2022.41 del 17 ottobre 2022 consid. 2.8.2., 32.2022.39 del 17 ottobre 2022 consid. 2.7.3., 32.2022.27 del 29 agosto 2022 consid. 2.11.3., 32.2022.20 dell’8 giugno 2022 consid. 2.8., 32.2021.67 del 7 marzo 2022 consid. 2.7.5.) il TCA ha reso edotto l’Ufficio AI che una riduzione dettata dagli impedimenti fisici si giustifica solo 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. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un’indebita doppia deduzione (STF 8C_495/2019 dell’11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento, 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2., 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4, 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4, 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; Bernasconi, 8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d’invalides selon l’ATF 126 V 75, in SZS 1/2021 n. 49). In concreto, la consulente IP ha rilevato un ventaglio sufficiente di attività semplici e leggere che l’assicurato potrebbe svolgere (cfr. supra consid. 1.5. e 2.8.1.), ragione per cui non si giustifica la riduzione del 10% per attività leggere. Per il resto, si osserva che con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato 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. 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). Visto quanto precede, la riduzione del 10% per "Svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari", può essere tutelata, mentre la richiesta dell'assicurato di aumentare (del 5%) la riduzione sociale a tale titolo è priva di fondamento. Non essendo giustificata la riduzione del 10% per attività leggere, il reddito da invalido corrisponde a fr. 62'057.78 (ossia il reddito statistico di fr. 68'953.09 a cui vanno dedotti fr. 6'895.31, pari alla riduzione del 10% per "svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari"). Operando il confronto dei redditi ex art. 16 LPGA risulta che l'assicurato non presenta una perdita di guadagno, rispettivamente presenta un grado d'invalidità nullo, il salario da invalido (fr. 62'057.78) essendo superiore a quello da valido (fr. 61'620). Pertanto, la censura del ricorrente cade nel vuoto, l'Ufficio AI avendo operato un'eccessiva riduzione percentuale dal reddito da invalido, circostanza che, una volta rettificata in questa sede sulla base dei calcoli di cui sopra, ha evidenziato un grado d'invalidità nullo. 2.10. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto. Come detto (cfr. supra consid. 2.8.3.), ciò non preclude all'insorgente di presentare una nuova domanda di prestazioni AI adducendo e sostanziando un peggioramento della situazione valetudinaria successivo all'emanazione della decisione impugnata in questa sede. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1f bis LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.