

TI_GERICHTE 32.2024.89 vom 16. Oktober 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-10-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.89

FR: TI_GERICHTE 32.2024.89 du 16 octobre 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.89 del 16 ottobre 2024

Regeste

Ricorso (respinto) contro la decisione di rifiuto di prestazioni. Valutazione medica confermata. Valutazione economica confermata: corretto il rifiuto di provvedimenti professionali (aiuto attivo al collocamento, alternativamente apprendistato biennale), non essendo adempiuti i presupposti

Erwägungen

E. 2

LOG (pro multis STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 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 ragione o meno l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni presentata dall'assicurato nel febbraio 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 cifra 9101 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2024) prevede 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 ". La cifra 9102 CIRAI, concernente, tra l'altro, il caso di prima concessione di rendite a tempo determinato, prevede che " Se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'articolo 88a OAI [...]". La cifra 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI) (valida dal 1. gennaio 2022 e stato al 1. luglio 2024) prevedono che: " [...] 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 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 ". In casu, l'assicurato ha presentato la domanda di prestazioni nel febbraio 2022 (cfr. supra consid. 1.1.), ragione per cui l'eventuale diritto ad una rendita sarebbe insorto successivamente alla modifica legislativa di cui sopra, a prescindere dal fatto che si tratti di una domanda tardiva (art. 29 cpv. 2 LAI) o meno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. 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%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato

invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di

compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). Nella STF 8C_104/2024 del 22 ottobre 2024 l'Alta Corte ha modificato la prassi vigente per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di obesità (forte sovrappeso). Secondo la vecchia giurisprudenza – basata sul convincimento che l'obesità potesse essere superata con la sola forza di volontà – il diritto ad una rendita d'invalidità era di principio escluso se l'obesità era trattabile, a meno che l'obesità fosse causa di seri danni alla salute o se insorgeva quale loro conseguenza. Con la recente pronuncia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per considerare l'obesità in modo diverso dalle altre affezioni e che il solo fatto che essa possa in linea di principio essere trattata non esclude il diritto ad una rendita. Conseguentemente, la Massima Istanza ha sancito che anche l'accertamento del diritto ad una rendita in caso di obesità va effettuato tenuto conto del singolo caso e nel quadro di una procedura probatoria strutturata che determini in che misura l'affezione influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di ridurre il danno (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 2024). 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 pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurata l'Ufficio AI ha sottoposto la refertazione medico-assicurativa pervenutagli al medico SMR. Quest'ultimo, con rapporto finale 6 maggio 2024, ha accertato una capacità lavorativa nulla nell'attività abituale di stalliere/operaio agricolo dal 14 agosto 2023 ed una capacità lavorativa completa dal 1 marzo 2023 in attività adeguata (cfr. supra consid. 1.1. e 1.4.). Il ricorrente, prevalendosi dello scritto del 1. settembre 2022 del dr. _____ e del rapporto del dr. _____ del 12 marzo 2024, contesta la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.7.). Questo Giudice, chiamato a verificare se lo stato di salute della 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. 2.6.1. Lo scritto del 1. settembre 2022 del dr. _____ presenta il seguente tenore: " Valutazione e procedere Faccio il punto della situazione con il paziente, affermo che il suo quadro clinico sta evolvendo in maniera positiva, ritengo tuttavia che debba ancora eseguire un'intensa fisioterapia di tonificazione muscolare per andare ricondizionare completamente il ginocchio ed evitare la recrudescenza della sintomatologia anteriore perirotulea. affermo che dal punto di vista della sua attività lavorativa non credo che possa continuare ad eseguire questo lavoro in quanto è molto pesante e gli provoca un sovraccarico funzionale del ginocchio con esacerbazione ricorrente della patologia dolorosa rotulea da sovraccarico. Chiedo a Lei di valutare una possibile rivalutazione/riqualificazione lavorativa. Dal mio punto di vista, gli prescrivo ulteriori cicli di fisioterapia e resta inabile al 50% e rivedrò il paziente solamente al bisogno." Di tutta evidenza, lo scarso certificato del dr. _____ non è idoneo ad insinuare alcun dubbio circa la valutazione del medico SMR. Infatti, l'attestazione del dr. _____ è antecedente al rapporto SMR ed è stata già esaminata in sede d'istruttoria (doc. 112, pag. 316 e seg. e doc. 78, pag. 201 incarto AI), come rettamente rilevato dall'Ufficio AI (IV, pag. 3). Oltre a ciò, la surriferita refertazione non permette di distinguere chiaramente tra l'incapacità lavorativa in attività abituale e quella in attività adeguata. Ad ogni buon conto, l'incapacità lavorativa del 50% in ogni attività per il periodo a cui il referto si riferisce è stata accertata anche dal medico SMR (cfr. supra consid. 1.4.). Il rapporto del 12 marzo 2024 del dr. _____ presenta il seguente tenore: " Diagnose - Chronisches Schmerzsyndrom bei St.n. Patellarsehnen-Naht, Sehneninfekt (2021) Knie links Anamnese Insgesamt zwar etwas verbesserter Verlauf nach Angaben des Patienten jedoch nach wie vor noch deutliche Schmerzen sodass eine Arbeitsfähigkeit als Stallgehilfe nicht zu realisieren ist. In der Zwischenzeit fand eine Beurteilung durch einen Kollegen der _____ statt, hier wurde eine 100% ige Arbeitsfähigkeit ab dem 05.02.2024 attestiert. Ich kann dieser Beurteilung des Kollegen nicht ganz folgen in Anbetracht des Befundes sowie auch der Arbeitstätigkeit, die der Patient nachgehen muss. Befund Reizlose Narben. Nach wie vor noch leicht hinkendes Gangbild. Noch etwas schwach aufgebauter Quadrizeps. Nach wie vor ist eine belastete Flexion, die für eine Tätigkeit im Stall notwendig ist, nicht möglich. Beurteilung und Procedere Ich bitte die Versicherung den Patienten noch einmal entsprechend anzubieten. Meiner Meinung nach ist eine Arbeitsfähigkeit zu 100% im Beruf als Strallarbeiter nicht zu realisieren. Der Patient wird zusammen mit dem begleitenden Übersetzer das Gespräch mit dem Arbeitgeber, bei dem der Patient bereit seit 12 Jahren tätig ist suchen, ob evtl. eine weniger bzw. nicht Knie belastete Tätigkeit möglich ist. Das Gespräch wird aktiv gesucht. Ansonsten müsste überlegt werden ob bei diesem 33-jährigen Patienten aufgrund dieses Unfallgeschehens nicht eine Möglichkeit zur Umstellung besteht, in einer nicht kniebelasteten Tätigkeit. Ansonsten droht hier eine dauerhafte Invalidität." Anche in questo caso il referto medico di cui sopra era già presente agli atti ed è stato vagliato dal medico SMR (cfr. doc. 74 e doc. 78 pag. 201 e seg. incarto AI). Inoltre, il medico SMR e il dr. _____ concordano sul fatto che l'attività di stalliere/operaio agricolo non sia più realistica alla luce del carico sopportabile dal ginocchio, ragione per cui entrambi hanno attestato un'incapacità lavorativa completa in attività abituale (cfr. supra consid. 1.4.). Oltre a ciò, il dr. _____ ha accertato la possibilità per l'insorgente di intraprendere un'attività adeguata ai limiti funzionali, senza tuttavia fornire alcuna indicazione circa la capacità lavorativa (residua) in attività adeguata, circostanza che non permette di insinuare dubbi circa l'accertamento del medico SMR in punto alla capacità lavorativa in attività adeguata ai

limiti funzionali rilevati. Tale conclusione si concilia con il tenore dei memoriali del ricorrente con i quali quest'ultimo esprime la volontà di intraprendere un'altra attività, alternativamente una formazione professionale, ritenendosi, dunque, abile al lavoro in un'attività meno sollecitante per il ginocchio infortunato. Per quanto concerne la menzione da parte dell'Ufficio AI di un "danno alla salute di ordine somatico", va osservato che l'interpretazione di tale accezione da parte dell'insorgente risulta manifestamente errata, l'amministrazione non avendo inteso un'affezione psichiatrica, come spiegato con le osservazioni del 13 dicembre 2024 (VIII, pag. 2): "[...] nella risposta di causa il riferimento al danno alla salute di ordine somatico (ovvero: fisico/organico) era unicamente inteso a qualificare la tipologia di limiti funzionali. Tant'è che nel paragrafo successivo alla criticata frase iniziale è stato fatto espresso rimando agli atti medici fondanti la decisione. Referti chiaramente indicanti che il danno alla salute che ha causato delle inabilità lavorative (solo transitoriamente anche in attività adeguate) è relativo alla rottura del tendine rotuleo a sinistra. Per di più, si evidenzia come mai è stato menzionato il concetto – ben distinto nella medicina assicurativa – di somatizzazione. Fenomeno che avrebbe peraltro implicato [...] una perizia [...] bidisciplinare." Visto quanto precede, la valutazione medica operata dall'amministrazione va confermata. 2.7. Per quanto concerne alla valutazione economica, il ricorrente non contesta il grado d'invalidità calcolato dall'Ufficio AI, ma piuttosto il rifiuto di provvedimenti professionali, e meglio di fornirgli un sostegno attivo per la reintegrazione nel circuito lavorativo, alternativamente il finanziamento di una riforma professionale quale, ad esempio, un apprendistato biennale. Pertanto, questo Giudice può limitarsi all'analisi di tale aspetto. 2.7.1. I provvedimenti professionali sono disciplinati dagli artt. 15-18 e 18b LAI (art.

E. 2.8

Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto.

E. 2.9

Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

E. 7

cpv. 2 lett. c LAI). Secondo l'art. 17 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa se la sua invalidità esige la riconversione professionale e grazie ad essa la capacità al guadagno può essere presumibilmente conservata o migliorata. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari a circa il 20% (STF 8C_689/2015 del 15 gennaio 2016: "[...] von rund 20% voraussetzt, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt."; DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b). La soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è quindi del 20%

sia nell'attività esercitata prima dell'insorgenza del danno alla salute sia in attività lucrative ragionevolmente esigibili che potrebbero esercitare senza una formazione professionale supplementare. In tema vedasi anche le cifre 1702-1709 della Circolare sui provvedimenti d'integrazione professionale dell'assicurazione invalidità (CPIP, valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2025). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI, per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; 122 V 79 consid. 3b/bb). Infine, con STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " [...] Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni espresse nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. [...]" (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6). Nella STF 9C_511/2015 del 15 ottobre 2015 il TF ha ribadito che il diritto alla riforma professionale ex art. 17 LAI presuppone una perdita di guadagno di almeno il 20% in attività abituale ed attività esigibile e che tale presupposto – specifico della riforma professionale – non è in ogni caso adempiuto se sul mercato equilibrato del lavoro vi è un ampio ventaglio di attività adeguate ai limiti funzionali dell'assicurato, ragionevolmente esigibili in considerazione della formazione (precedente) e dell'esperienza lavorativa e che in media non vengono retribuite meno dell'ultima attività esercitata. In casu prima dell'insorgenza del danno alla salute il ricorrente non aveva concluso alcuna formazione e, ad eccezione per un breve periodo, presentava una capacità lavorativa completa in attività adeguate (cfr. supra consid. 1.4. e 2.5.1. in fine) senza alcuna perdita di guadagno dal 1. gennaio 2024 (doc. 91, pag. 241 incarto AI). Per tacere del fatto che nel rapporto del 28 giugno 2024 la consulente in integrazione professionale ha rilevato un ampio ventaglio di attività esigibili, poiché semplici, non qualificate, che non necessitano di alcuna formazione e per le quali l'assicurato sarebbe direttamente reintegrabile in un mercato del lavoro in equilibrio (sul concetto del mercato equilibrato del lavoro vedasi la DTF 148 V 174), quali ad esempio l'addetto qualità/imballaggio/confezionamento/etichettatura, l'addetto alla biglietteria, l'operaio generico nel settore della componentistica industriale, l'addetto alla metallurgia meccanica nel settore industriale orologiero e l'ausiliario in attività collaterali semplici, per lo più di tipo manuale (archivio, servizio meccanografici, di duplicazione, economato e similari) (doc. 84, pag. 214 incarto AI). Stante il mancato adempimento dei requisiti ex art. 17 LAI, è a ragione che la consulente in integrazione ha escluso una riforma professionale.

2.7.2. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAI gli assicurati che presentano un'incapacità al lavoro (art.

6 LPGA) e sono idonei all'integrazione hanno diritto a un sostegno nella ricerca di un posto di lavoro appropriato o al fine di mantenere il loro posto di lavoro. Il cpv. 2 del citato disposto prevede che l'ufficio AI decide l'attuazione immediata di questi provvedimenti non appena risulti da un esame sommario che le condizioni necessarie sono adempiute. L'applicazione di tale articolo presuppone che l'assicurato sia invalido ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. Il diritto all'orientamento professionale presuppone dunque che l'assicurato dev'essere intralciato nella ricerca di lavoro a causa del danno alla salute. Ad esempio, una persona che non può affrontare un colloquio di lavoro perché muta o con difficoltà motorie oppure se a causa del danno alla salute necessita di particolari provvedimenti sul posto di lavoro (quale mezzi ausiliari ottici) o di particolari esigenze nei confronti del datore di lavoro (per esempio, tolleranza per le pause rese necessarie dall'invalidità dell'assicurato) (Pratique VSI 2003 pag. 270). L'Alta Corte ha poi precisato che siccome il servizio di collocamento non rappresenta un provvedimento d'integrazione particolarmente costoso, per motivarne il diritto è sufficiente avere, nella ricerca di un nuovo lavoro, difficoltà relativamente piccole dovute alla salute. Se invece la ricerca del posto di lavoro è resa problematica per altre ragioni non legate all'invalidità, come l'assenza di posti disponibili sul mercato del lavoro, l'età dell'assicurato ecc., l'AI non deve intervenire ma, a dipendenza del caso, l'interessato dev'essere collocato dall'assicurazione contro la disoccupazione (Pratique VSI 2000 pag. 71; sulla differenza tra servizio di collocamento dell'AI e dell'assicurazione contro la disoccupazione cfr. DTF 116 V 85). Infine, secondo l'Alta Corte, l'assicurato con una capacità lavorativa al 100% in attività leggere adeguate non ha diritto all'aiuto al collocamento a meno che sussista una limitazione supplementare nella ricerca del lavoro (Pratique VSI 2003 pag. 270; critico Cattaneo, op.cit., RDAT 2003 I pag. 598). D'altra parte, l'art. 18a LAI (Lavoro a titolo di prova), nella sua versione in vigore dal 1 gennaio 2012 prevede che l'AI può assegnare all'assicurato un posto di lavoro a titolo di prova per al massimo 180 giorni (lavoro a titolo di prova), al fine di appurare le sue capacità effettive sul mercato del lavoro. Giusta la cifra 1804 1/24 CPIPr, il diritto al collocamento ex art. 18 LAI è dato se, tra l'altro, lo svantaggio nella ricerca di un impiego è dovuto allo stato di salute di per sé. Il Tribunale federale ha sancito che in caso di capacità lavorativa completa in attività adeguata non vi è di principio il diritto ad un sostegno nella ricerca di un posto di lavoro (SVR 2021 IV Nr. 9 = STF 9C_329/2020 consid. 3.2.3; STF 9C_620/2020 consid. 3.2.), a meno che non sussista un'ulteriore limitazione dovuta allo stato di salute (AHI 2003 268 = I 421/01; SVR 2010 IV Nr. 48 = 9C_416/2009 consid. 2.2. e 5.2.). Se la mancata reintegrazione professionale (intesa quale mettere a miglior frutto la capacità lavorativa residua) non è riconducibile a difficoltà afferenti alla situazione valetudinaria nella ricerca del posto di lavoro ma piuttosto a problematiche estranee all'invalidità, l'aiuto al collocamento non ricade nella competenza dell'assicurazione invalidità ma eventualmente nell'assicurazione disoccupazione (SVR 2021 IV Nr. 9 = STF 9C_329/2020 consid. 3.2.3.; AHI 2000 68). La carenza nella padronanza di una lingua nazionale configura una problematica estranea all'invalidità (SVR 2006 IV Nr. 45 = I 427/05 consid. 4.1.1.; AHI 2003 268 = I 421/01; cfr. anche cifra. 1805 CPIPr). In ogni caso, se vi sono sia fattori estranei all'invalidità, sia fattori legati al danno alla salute che si ripercuotono nella ricerca del lavoro, il diritto al sostegno nella ricerca di un posto di lavoro non è escluso (STF 9C_233/2017 consid. 4.2., 9C_16/2008 consid. 2). In concreto, il ricorrente è abile al lavoro al 100% in attività adeguata ed i limiti funzionali rilevati sono conciliabili con un ampio ventaglio di attività adeguate presenti sul mercato equilibrato del lavoro (cfr. supra consid. 2.7.1.). A ben vedere, le asserite difficoltà nella ricerca di un posto

di lavoro menzionate dall'insorgente nei memoriali (la provenienza da un paese africano, lo statuto di asilante, la mancanza di un'istruzione e di una formazione, la difficile situazione congiunturale, la concorrenza della manodopera frontaliera, il clima politico e l'intolleranza; I, p.ti 4. e 6. e VI, pag. 2) configurano fattori esterni al danno alla salute. È quindi a ragione che la consulente in integrazione ha negato il sostegno attivo nella ricerca di un posto di lavoro. Quest'ultima ha comunque comunicato all'assicurato di essere disposta a riesaminare l'eventuale diritto al collocamento su richiesta scritta e in presenza di un datore di lavoro disposto ad assumere l'assicurato “ che permetta di mantenere o diminuire il discapito economico dovuto al danno alla salute ” (doc. 84, pag. 215 incarto AI). Pertanto, anche la valutazione economica va confermata.

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