

TI_GERICHTE 32.2007.359 vom 15. Oktober 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-10-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.359

FR: TI_GERICHTE 32.2007.359 du 15 octobre 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.359 del 15 ottobre 2007

Regeste

Assicurato con patologia psichica e reumatologica. Conferma della valutazione medica del SMR in merito alla residua capacità lavorativa

Erwägungen

E. 21

dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Dal momento che nel caso in esame lo stato di fatto giuridicamente determinante è realizzato antecedentemente al 1° gennaio 2008, le modifiche della 5.a revisione della LAI non sono applicabili. Ne consegue che gli articoli della LAI citati in seguito fanno riferimento al tenore valido sino al 31 dicembre 2007. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se il ricorrente ha diritto ad una rendita d'invalidità. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPG A, 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 (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPG A 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 ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza – 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 dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 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. Secondo il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313).

2.5. Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha disposto una valutazione medica presso il proprio servizio medico (SMR) eseguita dai dr. _____ (psichiatra) e _____ (reumatologo). Dal referto 30 luglio 2007 (doc. AI 20) risulta che i succitati medici, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, riportate le indicazioni soggettive e le constatazioni obiettive, hanno diagnosticato le seguenti patologie: " Diagnosi • Disturbo misto di personalità (antisociale e narcisistico) (ICD 10 F 61.0) • Alterazioni degenerative del rachide con protrusioni discali L2-L3, L3-L4, L4-L5 • Canale spinale lombare stretto con claudicatio spinale intermittente e con ricorrente irritazione radicolare sinistra. • Disturbo misto di personalità (antisociale e narcisistico) (ICD 10 F 61.0). " (Doc. AI 20) Dal punto di vista reumatologico è stato riscontrato: " Sul piano reumatologico, assicurato in buone condizioni generali; l'A da più di 10 anni soffre di lombalgia ricorrente su base degenerativa artrosica con dolore evocabile soprattutto al mantenimento delle posizioni statiche per più di 15 minuti. Saltuariamente riesce a sollevare fino a 20 kg. Abituamente può sollevare massimo 15 kg. La mobilità complessiva è conservata. Cambi posturali senza alcuna difficoltà. Viene riferito dolore agli arti inferiori dopo una deambulazione con limite 800 mt circa giustificata dalla presenza del noto canale lombare stretto. Coesiste iniziale tunnel carpale bilaterale non dimostrato dalle manovre cliniche. L'assicurato esegue settimanalmente fisioterapia con beneficio." (Doc. AI 20) Nel rispetto dei limiti funzionali sopra esposti, l'assicurato è stato considerato abile al 100%. Anche per quanto riguarda la componente extra-somatica non è stata riscontrata alcuna incapacità lavorativa. Con il presente ricorso l'assicurato contesta la valutazione medico-teorica della residua capacità lavorativa, facendo in particolare riferimento alle refertazioni del suo psicologo, dr. psic. _____, e del medico curante, dr. _____. 2.6. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica;

le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 31 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/ 01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01).

2.7. Ritornando alla fattispecie concreta, questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la valutazione effettuata dai medici del SMR. Essi hanno debitamente tenuto conto delle singole affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni circa la piena capacità lavorativa in attività adeguate.

2.7.1. In merito alle problematiche reumatologiche, nel rapporto 17 ottobre 2006 il dr. _____, specialista in neurochirurgia, riportate le note diagnosi e i referti esaminati in sede SMR, non ha fornito alcuna valutazione della capacità lavorativa, rimarcando comunque che l'assicurato è contrario ad ogni tipo d'intervento chirurgico (doc. AI 8-5). Con rapporto 15 gennaio 2007 il medico curante, dr. _____, facendo presente che l'assicurato soffre di lombalgie su canale spinale e che dal 2004 non riesce più a lavorare, egli ha valutato un'inabilità lavorativa del 50% anche per problemi psichici, per i quali è in cura dallo psicologo dr. _____ (doc. AI 8-2). Tuttavia, di fronte alla dettagliata ed accurata valutazione del dr. _____, reumatologo, quanto sostenuto dal medico curante non è convincente. Il medico SMR, terminato l'esame dell'assicurato, ha riportato le diagnosi d'ordine reumatologico descrivendo in seguito le limitazioni funzionali (cfr. consid. 2.5). Pendente causa l'insorgente ha trasmesso il certificato 11 dicembre 2007 del suo medico curante, avente il seguente tenore: " Con il presente certifico che il paziente

sopraccitato, a causa del canale spinale stretto in particolare a livello dello spazio L3-L4, è limitato nelle funzioni di camminare, non riesce a stare in piedi più di 10 minuti senza doversi muovere, fa fatica a salire e scendere dall'auto e quando sollecita la schiena soffre di pollachiuria. E' inoltre limitato nel sollevare le braccia a causa di dolori già dopo solo alcuni minuti." (Doc. VI/1) Quanto riportato sopra non permette di oggettivare una diversa situazione rispetto a quella riscontrata durante la visita presso il SMR. Anche il dr.

_____ ha riscontrato le difficoltà dell'assicurato nel mantenere una posizione statica durevole, come pure le limitazioni nel camminare e nel sollevare le braccia (cfr. consid. 2.5)

. 2.7.2. Per quel che concerne l'aspetto extra-somatico, il ricorrente fa riferimento a quanto attestato dal suo psicologo. Con certificato 21 settembre 2007 il dr. _____, ricordato che la psicologia di sostegno è iniziata il 23 settembre 2006, ha evidenziato che si tratta di un soggetto borderline con uno stato di agorafobia caratterizzata da disadattamento alla vita sociale associato a una forte paura del contatto e dell'ambiente sociale (ICD-10: F 60.31, F 40.0 e F 43) e che il quadro clinico " è assolutamente incompatibile con qualsiasi attività professionale " (doc. AI 31-2). Inoltre, nel certificato 13 novembre 2007 lo psicologo ha fra l'altro evidenziato: " Il paziente ha cessato ogni attività professionale il 31.01.2004 oltre che per le motivazioni di natura psichiatrica summenzionate anche a causa di problemi di natura fisica, dove probabilmente esiste una componente di natura psicosomatica. Essendo la mia conoscenza del paziente fondata non solo su conoscenze cartacee, mi permetto di sottolineare che chi possiede una minima conoscenza del canton Ticino e in particolare la realtà del _____ non dovrebbe ignorare che le attività dell'industria del tabacco sono cessate da molti anni e, anche considerata l'età del signor RI 1, lavorare nell'industria tessile (peraltro in crisi da diversi anni) o nel trattamento del cuoio e delle calzature implica conoscenze che lo stesso non possiede." (Doc. C) Va qui ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA 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 del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992

pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Orbene, dall'esame psichiatrico SMR non risulta che l'assicurato presenti una comorbidità psichica. In particolare lo status psichiatrico non denota delle anomalie psichiche (cfr. pag. 5), né del resto vi sono degli indizi per giustificare la presenza di un danno alla salute invalidante ai sensi della succitata giurisprudenza. Nella valutazione psichiatrica SMR si legge infatti: " Al colloquio psichiatrico l'A ha mostrato di avere un'intelligenza conservata ed assenza di disturbi cognitivi ed attentivi. Non sono emersi elementi che indirizzino verso una diagnosi di patologia psichiatrica maggiore. Ha inoltre negato l'uso di sostanze stupefacenti che riferisce limitato al periodo di carcerazione. La presenza del disturbo di personalità presente dall'adolescenza e che è apparso stabile nel tempo, non ha precluso le capacità lavorative ma la capacità di riuscire ad adattarsi e a tollerare le norme e le regole imposte dagli altri ripercuotendosi in maniera negativa sui rapporti interpersonali e rendendo l'A una "persona dal carattere difficile"." (Doc. AI 20) Lo psicologo curante non fornisce una dettagliata spiegazione medica per cui il suo paziente non possa esercitare alcuna attività lucrativa. Va poi segnalato che l'insorgente non è in cura presso uno psichiatra, né segue una terapia farmacologica in tal senso. In queste circostanze, dunque, non vi è da ritenere la presenza di una patologia psichiatrica maggiore, invalidante. Da ultimo, in merito alle considerazioni di natura economica espresse dal dr. _____ va fatto riferimento al consid. 2.8. 2.7.3. In conclusione, sulla base dell'affidabile e concludente valutazione SMR, alla quale va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.6), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572) , è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato, sino al momento della decisione contestata (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo ; cfr. fra le tante DTF 130 V 138), presenta un'abilità lavorativa del 100% in attività adeguate rispettose delle limitazioni reumatologiche elencate nella valutazione SMR. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, p. 47 n. 63, Gygi,

Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. Sulla base della suesposta valutazione medica, con rapporto 20 agosto 2007 la consulente in integrazione professionale ha rettamente elencato un lunga serie di attività professionali ancora esigibili, riportate nella decisione contestata (doc. AI 25-2). Al riguardo occorre ricordare che per costante giurisprudenza (STF 9C 13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, è necessario che l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) disponga 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 pagg. 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Occorre poi evidenziare che, a i fini dell'accertamento dell'invalidità, ci si deve quindi fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Nella fattispecie, per la determinazione del grado d'invalidità, la consulente ha applicato il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute quale meccanico (reddito da valido) con quello risultante da un'attività leggera non qualificata, desunto dai salari statistici (reddito da invalido) da cui è risultato un grado d'invalidità del 25%. Il calcolo è stato ripreso in dettaglio nella decisione impugnata. 2.8.1. Riguardo al reddito da valido, la consulente ha tenuto conto che l'assicurato, iscritto presso l'assicurazione disoccupazione, era alla ricerca di lavoro come meccanico con esperienza CNC, meccanico affilatore oppure come meccanico attrezzista. Considerato il suo profilo professionale essa ha pertanto quantificato in fr. 58'680.-- (stato 2004) il reddito di queste attività, aggiornato al 2005 in fr. 59'267.--. 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa

della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (" deutliche Abweichung "). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). Nel caso di specie, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica relativi ad una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), la consulente ha fissato in fr. 57'830.-- (stato 2005) il relativo reddito. Partendo da un'esigibilità del 100% in tali attività, essa ha inoltre operato una riduzione del 3% per attività leggera e del 20% in considerazione della necessità di alternare la postura ogni 15 minuti. Il reddito da invalido è stato determinato in fr. 44'529.--. 2.8.3. Dal raffronto dei redditi ($59'267 - 44'529 \times 100 : 59'267$) è scaturito un grado d'invalidità del 25%. Allo stesso risultato si giungerebbe anche volendo tener conto dell'adeguamento dei redditi di riferimento al 2007, anno della decisione contestata. Infatti lo scarto percentuale per raggiungere il grado minimo del 40% è importante e molto verosimilmente non può essere compensato dal citato adeguamento. In conclusione, non presentando l'assicurato un grado d'invalidità pensionabile, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 200.-- sono a carico del ricorrente.