

## **TI\_GERICHTE 32.2010.166 vom 14. Mai 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-05-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.166](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.166)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.166 du 14 mai 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.166 del 14 maggio 2010

### **Regeste**

Viste le risultanze del rapporto medico SMR (attestante una capacità lavorativa medico teorica del 100% in attività adeguata) e del consulente in integrazione (attestante attività realizzabili al 100%) a ragione l'Ufficio AI, sulla base del confronto dei redditi, ha negato il diritto a prestazioni

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

cpv. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2008 qui applicabile, stabilisce che: " Gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGA) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: " a. essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; e b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. " Nel Messaggio (pubblicato sul FF N. 30 del 2 agosto 2005, pag. 3989-4130) concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (5 a revisione dell'AI) si legge che: " Capoverso 1: il presente capoverso stabilisce le condizioni generali d'assegnazione per i provvedimenti d'integrazione. Le condizioni applicabili rimangono essenzialmente le stesse, ma in futuro basterà che vi sia una minaccia di invalidità e non più una minaccia diretta di invalidità. La legge precisa ora espressamente che i provvedimenti d'integrazione possono essere assegnati solo se sono adempiute sia le condizioni d'assegnazione generali sia le condizioni specifiche applicabili ai diversi provvedimenti d'integrazione. " Al riguardo, nella STF 9C\_547/2009 del 30 ottobre 2009 pubblicata in SVR 2010 IV Nr. 16, l'Alta Corte ha sottolineato che: " (...) Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzt somit nur noch eine drohende, und nicht mehr eine unmittelbar drohende Invalidität (Art. 8 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) voraus (Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5.Revision] vom 22. Juni 2005, BB1 2005 S. 4560). (...) " (SVR 2010 IV Nr. 16, consid. 2, pag. 50) Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riforma professionale (art. 17 LAI), il servizio di collocamento (art. 18 LAI), l'assegno per il periodo d'introduzione (art. 18a LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). 2.4. L'art. 17 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa 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 almeno al 20% (DTF 130 V

488, 124 V 108, consid. 2b, pag. 110-111; STF 8C\_515/2010 del 20 ottobre 2010, consid. 3 e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riformazione 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'in-validità. Con riformazione 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 108, consid. 2a, pag. 109-110; DTF 122 V 77, consid. 3b/bb, pag. 79-80). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 17, pag. 201). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposto a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 108, consid. 2b, pag. 110-111) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA I 237/00 del 20 febbraio 2002; Pratique VSI 2000, pag. 31-32, consid. 2 e 3b, RDAT I 1998 pag. 294).

2.5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad 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., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46 ). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI 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 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), 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 (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.6. Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha fondato, dal profilo medico, la propria decisione di rifiuto delle prestazioni sul rapporto 8 gennaio (doc. AI 18/1-3) e le annotazioni 18 gennaio 2010 (doc. AI 20/1) del dr. \_\_\_\_\_, medico SMR. Nel rapporto 8 gennaio 2010 il dr. \_\_\_\_\_ – posta la diagnosi principale di "(...) sordità di percezione a dx (dal 2006) (...)" (doc. AI 18/1) e ritenuti i seguenti limiti funzionali: "(...) evitare ambienti rumorosi. Impedimento di tipo uditivo a dx. Rischio di diminuzione della capacità uditiva a sx. (...)" (doc. AI 18/2) – ha così concluso: "(...) abilità completa in attività lavorativa in cui siano assenti rumori e/o rischi per l'udi-to. Attualmente l'acuità uditiva a sx è soddisfacente, mentre vi è una sordità assoluta a dx. Non vi è alcun mezzo attualmente ipotizzabile per migliorare la capacità uditiva. (...)" (doc. AI 18/2). Lo stesso sanitario, nelle annotazioni 18 gennaio 2010, ha precisato: "(...) In considerazione del rapporto medico SMR dell'8.1.2010, si conferma che l'A. a causa di problematiche uditive (vedi rapporto citato) non può svolgere l'abituale attività lavorativa di operaio "assemblaggio e controllo nella produzione ruote". E precisamente a partire dal 2008, come cita il collega otorinolaringoiatra Dr. med. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto pervenutoci il 22.05.2009. Attività abituale IL 100% dal 2008 Attività adeguata IL 0% dal 2008, con la precisa limitazione di: - professione a grado normale di competenza uditiva e senza rischio d'aggravamento uditivo da esposizione a rumore. (...)" (doc. AI 20/1) In sede ricorsuale l'assicurato – evidenziato che non è mai stato visitato da un medico SMR – ha contestato la valutazione medica producendo il certificato medico 1. giugno 2010 nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale, (osservato che segue il paziente dall'ottobre 1999 e elencate le operazioni e visite a cui è stato sottoposto) ha concluso che "(...) dal punto di vista medico il signor RI 1 è inabile al lavoro al 100% per tutte le professioni finora esercitate in Svizzera. Deve inoltre evitare in modo assoluto l'esposizione a fonti rumorose di qualsiasi tipo. Potrebbe essere abile in maniera quasi completa in una professione da valutare con una necessaria ed attenta riqualifica professionale. (...)" (doc. C). Al riguardo, nelle annotazioni 23 giugno 2010, il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, si è così espresso: "(...) Viene presentato rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 1.6.2010: - non contiene nessun elemento nuovo Valutazione e conclusione: - si conferma l'esigibilità lavorativa come da valutazione specialistica - da notare che l'assicurato presenta un udito normale della controparte (...)" (IV/Bis) 2.7. Per costante giurisprudenza (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 ). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer, op. cit., ad art. 28a, punto b, pag. 348). 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) -

dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, 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'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo 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. sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, op. cit., ad art. 28a, pag. 353). Infine, va ricordato che 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Nella fattispecie, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, questo Tribunale, conformemente alla giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.7), dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione del SMR, sulla quale si fonda la decisione di rifiuto delle prestazioni. Nel rapporto medico 8 gennaio e nelle annotazioni 18 gennaio 2010 (doc. AI 18/1-3 e 20/1 in parte riprodotti al consid. 2.6), il dr. \_\_\_\_\_ ha infatti considerato l'assicurato abile al

lavoro al 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti. Il TCA concorda con questa valutazione che si fonda su quanto valutato sia dal dr. \_\_\_\_\_, che nel rapporto medico 23 aprile 2009 (doc. AI 5/1-5) ha proposto una riqualifica professionale “(...) in un ambiente lavorativo privo di rumori che possono minacciare la capacità uditiva residua all’orecchio sinistro. (...)” (doc. AI 5/5), che dal dr. \_\_\_\_\_, FMH ORL e chirurgia facciale, che nel rapporto 18 maggio 2009 (doc. AI 16/1-3), quale misura d’integrazione possibile, ha indicato la “(...) scelta di una professione a grado normale di competenza uditiva e senza rischio d’aggravamento uditivo da esposizione a rumore. (...)” (doc. AI 16/2). Detta valutazione è pure confermata dal fatto che l’assicurato si è iscritto al collocamento alla ricerca di un’occupazione a tempo pieno dal 1. maggio 2009 (doc. 1/1-5 dell’incarto disoccupazione). Del resto, il dr. \_\_\_\_\_, nel certificato medico 1. giugno 2010, ha attestato sostanzialmente una capacità lavorativa totale in un’attività adeguata: “(...) potrebbe essere abile in maniera quasi completa in una professione da valutare con una necessaria ed attenta riqualifica professionale. (...)” (doc. C) Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c). 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 e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l’inabilità lavorativa nella sua attività abituale e la capacità totale in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti sino all’emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l’esperimento di ulteriori accertamenti. Pertanto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze specialistiche, 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 i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360, 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che sino al momento dell’emanazione del querelato provvedimento l’assicurato presentava una capacità lavorativa medico-teorica completa in attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali posti. 2.9. Per costante giurisprudenza la questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008 citata al consid. 2.7 e Meyer, op. cit., ad art. 28a, punto b, pag. 348 ). Nel caso concreto, la consulente in integrazione, nel rapporto finale 19 febbraio 2010 (doc. AI 21/1-4) – ritenuto che “(...) nell’attività abituale di operaio addetto all’assemblaggio e controllo nella produzione di ruote l’A. è inabile al lavoro nella misura del 100% dal 2008. Per contro in un’attività adeguata (professione a grado normale di competenza uditiva e senza rischio d’aggravamento uditivo da esposizione a rumore) l’A. è abile al lavoro nella misura del 100% dal 2008. (...)” (doc. AI 21/1) – , circa le attività possibili senza (ri)formazione specifica, ha concluso che: " (...) Sulla base delle indicazioni mediche sopra esposte, l’assicurato potrebbe essere reintegrato sul mercato libero del lavoro in attività

semplici, leggere e poco qualificate a condizione che non si tratti di ambienti rumorosi. Per quanto riguarda il settore industriale si possono trovare degli ambienti rumorosi (come quello in cui l'A. era inserito in precedenza) ma anche degli ambienti in cui i rumori sono molto ridotti. Tenendo in considerazione solamente quegli ambienti ritenuti adeguati si possono identificare i seguenti campi di attività: • Operaio generico (mansioni d'assemblaggio, stampa, rifinitura, lucidatura, controllo del funzionamento e della qualità, attività di controllo, di sorveglianza, riparazioni, imballaggio, etichettatura). • Vendita al dettaglio (es. addetto alla vendita di carburanti e servizi collaterali). • Fattorino addetto alla distribuzione e consegna a domicilio di merce non troppo pesante (es. fiori, prodotti farmaceutici). • Portiere, custode, guardarobiere in campo alberghiero. • Compiti di controllo/manutenzione tipici delle organizzazioni comunali (letturista, ripristino dei cestini, pulizia fontane, servizi). • Personale ausiliario addetto ad attività collaterali semplici, per lo più di tipo manuale (archivio, servizio meccanografici, di duplicazione, economato e similari). (...)" (doc. AI 21/2 ) Chiamato a pronunciarsi questo Tribunale ritiene che – a prescindere dal fatto che il giudice non può scostarsi dalle valutazioni dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6) e che il ricorrente non ha minimamente documentato e/o motivato in modo pertinente le ragioni per le quali egli non sarebbe realisticamente reintegrabile nelle attività elencate dalla consulente in integrazione – come indicato dall'amministrazione, all'assicurato può essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui ribadito che, sia nell'ambito industriale che nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività che non richiedono un udito da ambo le parti, che non sono particolarmente rumorose e che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e/o una formazione specifica . Va poi evidenziato che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). 2.10. Quanto alla valutazione economica, ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), che per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222) – per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2009 visto che è dal 2008 che vi è un'inabilità lavorativa completa nell'attività abituale e ritenuto che questo è anche l'anno in cui ha chiesto delle prestazioni – e che conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali vale l'obbligo di ridurre il danno (e che non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione), valgono le seguenti considerazioni. 2.10.1. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993

no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 ) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Il Tribunale federale, in una sentenza 8C\_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti ( DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). (...)" Conformemente alla succitata giurisprudenza questo Tribunale non può condividere l'operato della consulente in integrazione professionale che, per il calcolo del reddito da valido – osservato che “(...) il contratto di lavoro con l'ultimo datore di lavoro (\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) era un contratto a termine che non è stato rinnovato a causa della crisi nel settore automobilistico che ha colpito la ditta. Lo scioglimento del contratto di lavoro non è pertanto da imputare al danno della salute per cui anche senza danno alla salute l'A. avrebbe perso il posto di lavoro. Per determinare il reddito da valido si farà pertanto riferimento alle tabelle RSS (categoria 4.2, attività semplici e ripetitive) (...)” (doc. AI 21/2) – , ha applicato la tabella TA1. Dagli atti risulta che nel 2008, quale operatore di linea, l'assicurato conseguiva un reddito lordo pari a fr. 3'618.-- per tredici mensilità (doc. AI 9/1-7) . Aggiornato lo stipendio lordo al 2009 (fr. 3'618.-- aumentati del 2.4%; cfr. tabella B 10.2, settore D attività manifatturiera, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2010, pag. 91) e moltiplicato per 13 mensilità si ottiene un reddito da valido per il 2009 di fr. 48'162.81. 2.10.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, in assenza di dati salari ali 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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 I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. 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. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5).

2.10.3. Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2009 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 61'396.50 (fr. 4'806.-- aggiornati al 2009 [4'806 x 2266 : 2219 cfr. tabella B 10.3, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2010, pag. 91], riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2010, pag. 90], moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2009 quale operatore di linea (fr. 48'162.81, cfr. consid. 2.10.1), è inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore produzione (Tabella TA1 2008, p.to 29, 34, 35, fabbricazione di macchine e mezzi di trasporto, livello di qualifica 4: fr. 5'161.-- aggiornati al 2009 [moltiplicando per la variazione percentuale del salario del 2.4%; cfr. tabella B 10.2, settore D attività manifatturiera, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2010, pag. 91], riportati su

41.2 ore [ cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2010, settore D attività manifatturiera pag. 90 ] moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a = fr. 65'320.91 ). Conformemente alla giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.10.2) e posto che dall'incarto non emergono indizi a favore del fatto che fosse intenzione dell'assicurato accontentarsi di un guadagno modesto, il reddito statistico da invalido (fr. 61'396.50 ) va ridotto del 21.27%, percentuale corrispondente al gap salariale (fr. 48'162.81 contro fr. 65'320.91 meno i primi 5 punti %), e si attesta pertanto a fr. 48'337.46 (fr. 61'396.50 ridotti dell'21.27% = fr. 48'337.46 ). Il grado d'invalidità – ritenuta la capacità lavorativa totale in un'attività adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali poste e considerato che la consulente in integrazione non ha applicato alcuna ulteriore deduzione dal reddito ipotetico da invalido – si attesta pertanto allo 0% ([ 48'162.81 – 48'337.46 ]: 48'162.81 x 100 = 0%). È dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurato sia il diritto ad una riforma professionale (il grado d'invalidità non raggiungendo il 20%, cfr. consid. 2.4) che ad una rendita (il grado d'invalidità non essendo pensionabile cfr. consid. 2.5). Quanto ad un aiuto al collocamento (al riguardo cfr. la STF 9C\_416/2009), la consulente in integrazione ha concluso che “(...) la presenza sul mercato del lavoro di attività direttamente accessibili e confacenti con il danno alla salute, induce a concludere che il signor RI 1 sia direttamente integrabile nel ciclo produttivo. Su esplicita richiesta dell'assicurato si resta a disposizione per valutare la possibilità di attivare il nostro servizio di collocamento. (...)” (doc. AI 21/4). Spetta dunque all'assicurato, che comunque dovrebbe già essere aiutato in quanto iscritto alla disoccupazione, rendersi eventualmente attivo in tale senso. 2.11. 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 della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente. La decisione impugnata va pertanto confermata.

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