

TI_GERICHTE 32.2011.234 vom 20. Juli 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-07-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.234

FR: TI_GERICHTE 32.2011.234 du 20 juillet 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.234 del 20 luglio 2011

Regeste

Assicurato con un quarto di rendita. Conferma perizia psichiatrica-reumatologica e grado d'invalidità. L'Ufficio AI non ha tuttavia considerato un periodo di totale incapacità lavorativa a seguito di un infortunio, ciò che ha conferito all'assicurato il diritto ad una rendita intera AI temporanea

Erwägungen

E. 25

aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Inoltre, 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). 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). 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; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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).

2.5. Nella fattispecie in esame, l'assicurato è stato peritato sia dal punto di vista reumatologico che psichico.

2.5.1. Con perizia 19 agosto 2010 il dr. _____, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, riportate le indicazioni soggettive e le constatazioni obiettive, ha diagnosticato: " (...)

A.4.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: Sindrome cervico-brachiale sx cronica e lombovertebrale, rispettivamente pseudosciatalgica a sx cronica su/con: - discopatia C5/6 con ernia discale paramediana dx C5/6; - discopatia L1/2 con piccola erniazione medio-laterale dx, discopatia L2/3 con erniazione discale medio-laterale dx, discopatia L4/5 con protrusione discale dx; - discopatia L5/S1 con ernia discale medio-laterale sx; - attualmente nessun indizio per una sindrome da compressione radicolare; - marcata componente funzionale con sindrome funzionale del dolore.

A.4.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa: Neuropatia radiale sx (2008). Neurinoma di Morton II-III piede sx (2009. (...)" (doc. AI 40/10) Il succitato specialista in reumatologia, dopo una dettagliata valutazione, espone le limitazioni funzionali e di carico, ha valutato l'assicurato totalmente inabile nella sua attività di manovale/muratore con effetto dal 1° aprile 2009, anche se quest'ultimo aveva ripreso per un breve periodo la sua attività al 50% (doc. AI 40/13). In attività adeguate, il dr. _____ ha valutato una capacità lavorativa di 2/3, da intendersi quale lavoro a tempo pieno con una riduzione di rendimento di 1/3 (doc. 40/14). Questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la dettagliata e convincente valutazione effettuata del dr. _____, né del resto l'assicurato ha sollevato obiezioni di sorta. L'insorgente evidenza di essere stato vittima di due infortuni successivi alla perizia del dr. _____ (frattura della falange basale delle dita IV e V del piede sinistro occorsa il 28 aprile 2011; trauma cranico lieve con trauma orbitale a destra senza commozione su caduta a domicilio del 14 giugno 2011) e sostiene che di conseguenza la problematica somatica è peggiorata. Egli fa riferimento ai rapporti 7 settembre 2011 (doc. AI 78/1) e 10 agosto 2011 (doc. A3) della dr. ssa _____, medico curante, nonché al rapporto 22 settembre 2011 del dr. _____, specialista in reumatologia (doc. C). Va qui ricordato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione su opposizione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata - in concreto il 20 luglio 2011 -, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (DTF

129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Orbene, se da una parte i suddetti rapporti sono stati redatti dopo l'emissione della decisione contestata, dall'altra questi referti riferiscono dei postumi relativi ai succitati infortuni accaduti prima, motivo per cui gli stessi vanno presi in considerazione, come del resto lo ha fatto anche l'Ufficio AI. Infatti i succitati rapporti, insieme alla documentazione _____, (che ha preso a carico i due succitati infortuni), sono stati esaminati dal dr. _____ del SMR, il quale nelle annotazioni 3 ottobre 2011 (e ribadite nelle annotazioni 29 febbraio 2012; doc. XII/bis) ha concluso: "(...) Valutazione: - dall'attuale documentazione non risulta una attuale modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla valutazione peritale dr. _____. Il dr. _____ nel suo rapporto espressamente conferma (anche se in modo indiretto dato che egli afferma che l'assicurato non sarebbe stato peritato) la valutazione della CL residua espressa dal perito dr. _____ in agosto 2010. - L'infortunio del 22.4.2011 ha portato ad una intercorrente IL completa. Al più tardi a partire dal 19.9.2011 (secondo visita del dr. _____) questa problematica è da ritenersi non più invalidante in presenza di una guarigione clinica completa. Quindi IL per infortunio intercorrente (caso _____) dal 22.4.2011 al 18.9.2011, periodo già molto lungo per una "banale" frattura falangeale a livello del piede. - infortunio del 14.6.2011 è da ritenersi banale senza conseguenze alcune." (doc. 83) La scrivente Corte concorda con le conclusioni del SMR (sul valore probatorio della valutazione SMR, cfr. consid. 2.4). Il dr. _____ ha sostenuto che l'assicurato può svolgere lavori fisicamente leggeri che non richiedono particolari sforzi alla colonna vertebrale, evitando quindi il sollevamento di pesi superiori ai 15 kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni in ergonomia, con una limitazione del 30%. Tale valutazione collima del resto nella sostanza con le conclusioni della perizia del dr. _____. Il dr. _____ ha parimenti sostenuto che, visto il caso complesso, l'Ufficio AI dovrebbe procedere ad una valutazione pluridisciplinare (psichiatrica, reumatologica ed eventualmente neurologica) per poter valutare il reale grado di residua capacità lavorativa. Come visto, una valutazione sia reumatologica che psichiatrica è stata eseguita dall'amministrazione, circostanze di cui il dr. _____ molto verosimilmente non era a conoscenza. Per quel che concerne i postumi dell'infortunio al piede sinistro (occorso il 22 aprile 2011) giustamente il SMR non li ha più ritenuti invalidanti dopo la seconda visita presso il dr. _____ (19 settembre 2011), visto che nel succitato rapporto lo specialista in reumatologia, dopo aver preso visione degli esami diagnostici, ha constatato una buona consolidazione delle fratture ed escluso lo sviluppo di un'algoneurodistrofia. Il dr. _____ ha poi consigliato, per migliorare la deambulazione, delle terapie antalgiche locali, accompagnate da regolari esercizi di propriocezione per migliorare la forza neuromuscolare al piede sinistro. Anche il dr. _____ (specialista in chirurgia ortopedica) nel suo rapporto 1° agosto 2011 ha rilevato che le radiografie "mostrano la consolidazione completa delle due fratture ed una statica perfetta del piede senza altre lesioni osteo-articolari degenerative rilevanti". Lo specialista non ha pertanto previsto alcuna terapia per il piede, indicando "esercizi della muscolatura paralombare ed addominali" e rilevando che "il paziente si deve convincere ad eseguire esercizi giornalieri per stabilizzare la colonna vertebrale" (doc. 15/1 in atti LAINF presenti in doc. AI 61/1). Inoltre, in data 4 ottobre 2011 la _____, sulla base dei succitati rapporti dei dr. _____ e _____, ha comunicato all'assicurato di aver interrotto le indennità giornaliere in quanto "non risultano più oggettivamente esiti postinfortunistici a seguito dell'evento del 28 aprile 2011" (doc. AI 89). Infine, rettamente il SMR ha ritenuto l'infortunio del 14 giugno 2011 (trauma cranico lieve con trauma orbitale

a desta) banale e senza conseguenza alcuna. Infatti, di questo infortunio non è stato fatto cenno nel rapporto del dr. _____ e tantomeno dagli atti risultano documentati i postumi del trauma. In conclusione, non essendo stato riscontrato alcun peggioramento rispetto alla perizia del dr. _____, eccetto il periodo d'incapacità lavorativa dovuta all'infortunio del 28 aprile 2011 – di cui verrà detto nel prosieguo –, dal punto di vista somatico l'insorgente è da considerare inabile al 33% in attività adeguate. Per quel che concerne le conseguenze dell'infortunio del 28 aprile 2010, sino a settembre 2011 l'assicurato ha presentato un periodo di totale incapacità lavorativa, seppur limitato nel tempo, ma maggiore di 3 mesi, motivo per cui va tenuto in considerazione ai fini del presente giudizio. Va infatti ricordato che, secondo l'art. 88a cpv. 2 OAI se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). (art. 88 a cpv. 1 OAI). Ne consegue che dal 1° luglio 2011 (tre mesi dopo il peggioramento della capacità lavorativa) al 31 dicembre 2011 (tre mesi dopo il miglioramento) l'assicurato, indipendentemente dalle condizioni psichiche, ha diritto ad una rendita intera. 2.5.2. L'aspetto psichico dell'assicurato è stato vagliato dal CPAS. Con referto 2 dicembre 2010 i periti hanno escluso la presenza di qualsiasi patologia psichiatrica sulla base della seguente valutazione: " (...) Dall'esame clinico attuale, dalla raccolta anamnestica e dagli atti medici a disposizione non emergono in nessun modo elementi che depongano per disturbi della sfera psichica così come non emergono elementi che depongano per una predisposizione a patologia in tale ambito. Non sono riferiti precedenti psichiatrici nel gentilizio né sono riportati problemi nello sviluppo personale. Sono descritte soddisfacenti le relazioni sociali e buona la relazione con l'attuale moglie così come quella con l'ex moglie e con il figlio. Durante l'esame peritale attuale non sono stati evidenziati segni di sofferenza psichica, né sono emersi segni o sintomi riconducibili a un qualsiasi disturbo della sfera psichica sottostante. L'assicurato inoltre non appare oggetto di attenzione a livello personale o medico a causa dei propri dolori, né pare avere assunto con beneficio il ruolo di malato all'interno della propria cerchia sociale. Anche in presenza di dolori mantiene una vita attiva, è in grado di curare quotidianamente la propria persona, lavandosi e vestendosi, si occupa delle faccende domestiche, coltiva fiori e pomodori, si reca a pescare, fa la spesa, prepara i pasti per sé e per il figlio quando viene, guarda la TV, frequenta il bar sotto casa dove chiacchiera con alcuni conoscenti e in compagnia segue le partite di calcio alla TV. Non è presente una deflessione timica, né emergono segni o sintomi di una depressione in atto o di una depressione latente. L'assicurato esprime unicamente un sentimento di tristezza in riferimento ai dolori presenti, adeguati e consoni al contesto. Egli stesso riferisce di presentare delle buone condizioni timiche e di essere complessivamente felice della propria vita, negando una persistenza della deflessione timica in assenza di dolori o perlomeno quando questi si ridimensionano. Lamenta un sonno disturbato a causa dei dolori presenti, ma segnala un miglioramento del riposo notturno al momento in cui questi diminuiscono. Non sono riferiti né osservati malesseri della sfera psichica che interferiscano con il funzionamento o con le prestazioni sociali. Inoltre l'assicurato non è mai stato seguito dal punto di vista psichiatrico, nessun curante glielo ha

mai consigliato, nè lui stesso ne ha mai sentito il bisogno. Segnaliamo da ultimo che anche la Dr.ssa _____ nel suo rapporto del 04.11.2009 all'UAI segnala che dal suo punto di vista l'assicurato non presenta impedimenti mentali o psichici. (...)" (doc. AI 50/7) Rispetto alla perizia del CPAS non sussiste un peggioramento. Infatti, dagli atti di causa non risulta documentata l'insorgenza di una patologia psichica, tantomeno di natura invalidante. Nel rapporto nel rapporto 7 settembre 2011 la dr.ssa _____, medico curante, non ha indicato alcun danno alla salute psichica (doc. AI 78/7). Inoltre, il ricorrente non ha prodotto alcun atto medico che indichi la presenza di un danno alla salute psichico. Al riguardo va 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 con riferimenti). 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). 2.5.3. In conclusione, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità lavorativa 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e 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 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Pertanto, sulla base della perizie del dr. _____ e del CPAS, nonché le valutazioni SMR, alle quali va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.4), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto è 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), 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), che l'insorgente (eccetto il periodo post infortunistico di cui sopra) presenta un'inabilità lavorativa di 33,3% in attività adeguate. 2.6. Per la determinazione del grado d'invalidità, il consulente in integrazione professionale ha giustamente applicato il metodo ordinario, mettendo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute (reddito da valido) con quello da attività adeguata, desunto dai salari statistici (reddito da invalido), il cui calcolo è stato esposto nella decisione contestata. Riguardo al reddito da valido, dato non contestato, è stato preso in considerazione un salario di fr. 61'844.--, corrispondente a quanto l'insorgente avrebbe potuto percepire senza il danno alla salute quale muratore nel 2008 (cfr. questionario del datore di lavoro del 13 ottobre 2009; doc. AI 7). Per quel che concerne il reddito da invalido, 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 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 p. 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). Nel caso di specie, conformemente la citata giurisprudenza, il consulente ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp.

47ss.), riconoscendo una riduzione di reddito per motivi medici del 33% nonché una riduzione per circostanze personali di totali 12%, determinando in tal modo un reddito da invalido di fr. 35'699.--. L'insorgente contesta la riduzione per motivi personali riconosciuta dal consulente, senza alcuna motivazione. Questo Tribunale - ricordato che, per costante giurisprudenza, il giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 137 V 73 consid. 5.2 con riferimento a DTF 126 V 80 consid. 6) - non ha motivo per scostarsi dalla riduzione del 13% applicata dal consulente, frutto di precise valutazioni contenute nel rapporto 7 agosto 2011 (doc. AI 52). Dal raffronto dei redditi il grado d'invalidità è risultato essere del 42% ($61'844 - 35'699 \times 100 : 61'844$), ciò che conferma il diritto ad un quarto di rendita, eccetto il succitato periodo di rendita intera dovuto ai postumi dell'infortunio del 28 aprile 2011. In tal senso la decisione contestata deve essere modificata, mentre il ricorso va parzialmente accolto. Il ricorrente, patrocinato da un sindacato, ha diritto a ripetibili parziali (DTF 122 V 278). 2.7. 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. 500.-- sono poste a carico del ricorrente in ragione di 4/5, mentre il restante 1/5 va a carico dell'Ufficio AI.

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