

## **TI\_GERICHTE 32.2013.191 vom 27. September 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-09-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.191](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.191)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.191 du 27 septembre 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.191 del 27 settembre 2013

### **Regeste**

A giusta ragione l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera dal 1.6.2011 al 30.6.2012, una mezza rendita dal 1.7.2012 al 30.10.2012 e una rendita intera dal 1.11.2012 al 30.6.2013, sulla base della valutazione svolta in ambito LAINF e del successivo raffronto redditi. AG negata

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 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. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione necessari e atti a ripristinare, migliorare, conservare o avvalorare la capacità di guadagno. Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata di lavoro prevedibile. 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) ed il collocamento (art. 18 cpv. 1 LAI). 2.3. 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, in misura essenziale." 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 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Ai sensi dell'art. 6 cpv. 1 OAI " per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità." Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). 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-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 131). 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 110 consid. 2b) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000 31 consid. 2 e 32 consid. 3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108).

2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, 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%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito 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 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 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). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.6. L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (cfr. STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 ( STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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; DTF 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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C\_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 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; DTF 122 V 161, DTF 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 1994, pag. 332). 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). 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 ). In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell' 11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). 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\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). 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 decisione del 27 settembre 2013, l'amministrazione ha attribuito all'assicurato una rendita intera d'invalidità dal 1° giugno 2011 al 30 giugno 2012, una mezza rendita dal 1° luglio 2012 al 30 ottobre 2012 e una rendita intera da 1° novembre 2012 al 30 giugno 2013, sopprimendola poi a partire dal 1° luglio 2013, ritenuto che dalla valutazione medica di chiusura in ambito LAINF del Dr. \_\_\_\_\_, seguita da un raffronto dei redditi, è emerso che l'interessato non presenta un grado di invalidità pensionabile dopo tale data. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.5. e 2.6., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1, a fare tempo dal 1° luglio 2013 e negato l'applicazione di provvedimenti professionali. 2.9. La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione invalidità per l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). Successivamente il Tribunale federale ha

ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6). 2.10. Nel rapporto di visita medica \_\_\_\_\_ del 20 marzo 2013 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia generale e della mano e medico \_\_\_\_\_, ha posto la seguente diagnosi: " (...) infortunio professionale del 10.06.2010 con Trauma contusivo spalla destra con distacco quasi totale del labbro antero-inferiore e rottura parziale ma quasi transmurale della parte craniale del tendine dell'infraspinato. Intervento di artroscopia spalla destra, refissazione del labbro con due ancore Kinsa, ricostruzione della cuffia con due ancore Piton e decompressione sottoacromiale, intervento 23.08.2010 fecit dott. \_\_\_\_\_, specialista chirurgia ortopedica FMH. Apparizione di una moderata spalla congelata post-operativamente, poi in fase di risoluzione progressiva. Nuovo intervento chirurgico da parte del dott. \_\_\_\_\_ 23.08.2012, artroscopia spalla destra, liberazione completa dell'intervallo anteriore con artrolisi ventrolaterale, tenotomia del capo lungo del bicipite, débridement sottoacromiale e débridement della cuffia rotatoria, lesione irreparabile anteriore del tendine sovraspinato al suo passaggio muscolotendineo" (doc. 189 incarto LAINF). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che dopo l'intervento chirurgico del 23 agosto 2012 (Dr. \_\_\_\_\_) e sulla base delle valutazioni esperite durante il soggiorno presso la Clinica di \_\_\_\_\_, non è più esigibile da parte dell'assicurato l'attività di muratore. Per contro, è ritenuto esigibile a tempo pieno un lavoro medio-leggero a partire dal 1° aprile 2013 (doc. 189 incarto LAINF). Il medico \_\_\_\_\_ si è poi espresso per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa rilevando quanto segue: " (...) sollevare e portare pesi: l'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi senza limitazione, pesi leggeri fra i 5 e i 10 kg fino all'altezza dei fianchi senza limitazione, pesi medi fra i 10 e i 25 kg fino all'altezza dei fianchi talvolta, pesi pesanti fra i 25 e i 45 kg fino all'altezza dei fianchi e oltre 45 kg fino all'altezza dei fianchi mai. Con le limitazioni espresse può sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino e oltre 5 kg. Maneggio di attrezzi: leggeri di precisione senza limitazione, medi senza limitazione, lavoro pesante e manuale rozzo, molto pesanti mai, rotazione della mano senza limitazione. Posizione e mobilità: lavori sopra la testa con il braccio destro dominante non più esigibili, rotazione del tronco, posizione seduta e inclinata in avanti e in piedi e inclinata in avanti senza limitazione, posizione inginocchiata e di flessione delle ginocchia senza limitazione, aiuto con braccio sinistro per rimettersi in posizione eretta. Posizione seduta e di lunga durata: posizione seduta in piedi senza limitazione, posizione a libera scelta senza limitazione. Spostamento fino a oltre 50 m senza limitazione, camminare per lunghi tratti e su terreno accidentato senza limitazione, salire le scale molto spesso, su scale a pioli di raro. Uso delle due mani con le limitazioni menzionate, nessun problema di equilibrio o stare in equilibrio" (doc. 189 incarto LAINF). Con la decisione formale del 22 luglio 2013 l'\_\_\_\_\_ ha quindi riconosciuto a RI 1 il diritto a una rendita d'invalidità del 26% a far tempo dal 1° giugno 2013 (doc. 202 incarto LAINF), mentre con la decisione su opposizione del 9 aprile 2014 l'istituto assicuratore ha parzialmente modificato la propria decisione assegnando all'assicurato una rendita del 27,5% (doc. 248 incarto LAINF). Il TCA non ha motivi per scostarsi dalla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ svolta in ambito LAINF. L'assicurato ha contestato la valutazione medica del Dr. \_\_\_\_\_ sulla base dello scritto del 3 ottobre 2013 del Dr. \_\_\_\_\_ dello \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale ha in parte criticato i limiti funzionali espressi dal Dr. \_\_\_\_\_, ma si è allineato per il resto alle conclusioni del medico \_\_\_\_\_ (doc. 225 incarto LAINF e doc. C). Secondo il Dr. \_\_\_\_\_: " Es sollten leichte Gewichte

zwischen 5 und 10 kg bis Hüfthöhe nicht unlimitiert, sondern nur zeitweise gehoben, respektive getragen werden müssen. Gewichte zwischen 10 und 25 kg sollten nicht zeitweise sondern wenn möglich selten bis Hüfthöhe getragen und gehoben werden müssen. Herr RI 1 sollten zudem nur zeitweise und nicht regelmässig Gewichte bis 5kg bis Brusthöhe anheben müssen. Ausserdem sollten Leitern nicht selten sondern wenn möglich gar nicht bestiegen werden müssen. In den übrigen Punkten gehe ich einer Meinung mit der Beurteilung von Herrn Dr. \_\_\_\_\_ überein ” (doc. 225 incarto LAINF e doc. C). Nelle annotazioni del SMR del 13 novembre 2013 il Dr. \_\_\_\_\_ riferendosi allo scritto del Dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che non risultano patologie invalidanti al di fuori di quella post traumatica e che non vi è una sostanziale modifica rispetto all’esame del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. V1). In ambito LAINF, l’assicurato è stato comunque ancora sottoposto ad un ulteriore valutazione da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotorio. Nel rapporto del 10 febbraio 2014 lo specialista dell’ \_\_\_\_\_ ha condiviso le limitazioni funzionali del Dr. \_\_\_\_\_, per quanto riguarda la frequenza e i limiti nel sollevare e portare pesi. L’assicurato non può più salire le scale a pioli, effettuare lavori manuali pesanti o lavorare con il braccio destro sopra la testa. Egli non necessita invece di pause supplementari: " (...) - Welche Limiten bestehen bezüglich Heben und Tragen von Gewichten? - Heben und Tragen von Gewichten bis 5 kg bis Lendenhöhe ohne Einschränkung. - Heben und Tragen von Gewichten von 5 kg - 10 kg bis Lendenhöhe zeitweise zumutbar. - Heben und Tragen von Gewichte von 10 kg - 25 kg bis Lendenhöhe selten zumutbar. - Heben und Tragen von Gewichte bis 5 kg bis Brusthöhe zeitweise zumutbar. - Gewichte zwischen 25 kg und 45 kg und höhere Gewichte nicht zumutbar. Im Weiteren sind folgende Einschränkungen zu beachten: - Besteigen von Leitern nicht zumutbar. - Schwerarbeiten und manuelle Grobarbeiten seien nicht zumutbar. - Arbeiten über Kopf mit dem rechten Arm nicht mehr zumutbar. - Sind bei angepasstem Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit zusätzliche Pausen notwendig? Nein, wie oben ausführlich begründet” (doc. 240 incarto LAINF) Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell’assicurato, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dai medici dell’ \_\_\_\_\_. In conclusione, rispecchiando le valutazioni dell’ \_\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7.), alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l’assicurato è abile al lavoro al 100% in attività adeguate. 2.11. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell’inizio dell’eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002

IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01 ), per cui sono determinanti i dati del 2013 (la rendita è stata soppressa a partire dal 1° luglio 2013). L'amministrazione ha applicato i dati del 2011 che vanno perciò aggiornati al 2013. 2.11.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute ( reddito da valido ), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C\_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, 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). Nella fattispecie l'Ufficio AI ha applicato i dati statistici, in quanto “ l'assicurato, all'insorgere del danno alla salute (infortunio del 10.06.2010), aveva da poco (05.05.2010) iniziato un nuovo impiego presso la \_\_\_\_\_ ed era ancora nel periodo di prova quando il datore di lavoro ha disdetto il contratto in data 21.06.2010 (v. doc. 32-8 incarto AI), ossia il giorno dopo che l'assicurato era rientrato al lavoro al 100%. Inoltre, nel questionario del 17.04.2011 il datore di lavoro indica che lo stipendio concordato di CHF 30.-/ora non corrispondeva all'effettivo rendimento dell'assicurato per cui la prestazione stimava uno stipendio di CH 27.-/ora (v. punto 2.10 – doc. 32.3 incarto AI) poiché era “molto lento, insicuro” (v. doc. 32-6 incarto AI). Di conseguenza, il contratto di lavoro sarebbe stato comunque disdetto, con o senza danno alla salute ” (vedi risposta Ufficio AI del 25 novembre 2013, doc. V+1/2). L'importo del reddito da valido quantificato dall'amministrazione è di fr. 69'868.-- (doc. AI 64-1). Il ricorrente invece sostiene che al momento dell'insorgenza del danno alla salute il rapporto di lavoro era ancora in essere, per cui non sono dati gli estremi per scostarsi dall'ultimo stipendio percepito da RI 1 di fr. 30.-- /ora, fr. 70'200.-- annui, cui l'insorgente ha aggiunto una percentuale del 5% per lavoro straordinario, oltre alle indennità festivi / vacanze, 13esima/gratifica e il gap salariale, per un reddito da valido annuo complessivo di fr. 100'060.-- (doc. I, pag. 7). Il TCA non ha motivi per scostarsi dal dato calcolato dall'amministrazione, per i seguenti motivi. Nel caso di specie, l'assicurato ha frequentato le scuole dell'obbligo, dalla terza elementare, in Ticino e ha ottenuto il diploma di muratore presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Dopo l'apprendistato presso la ditta \_\_\_\_\_ e tre anni di attività presso la medesima ditta, per due anni è stato alle dipendenze di diverse ditte ( \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) e il 5 maggio 2010 ha iniziato l'attività presso la \_\_\_\_\_ (doc. AI 13-3). L'assicurato è rimasto alle dipendenze della \_\_\_\_\_ dal 5 maggio 2010 al 22 giugno 2010 (ultimo giorno di lavoro effettivo). Egli si trovava ancora nel periodo di prova (cfr. pti. 2.1./2.2./2.3. questionario del datore di

lavoro, doc. AI 32.2). L'infortunio è avvenuto il 10 giugno 2010 (doc. 1, incarto LAINF). Nello scritto del 21 luglio 2010 il datore di lavoro ha quindi precisato che dopo l'infortunio del 10 giugno 2010 RI 1 è rientrato al lavoro il 20 e il 21 giugno 2010 al 100%: " Martedì 21 giugno 2010 vi è stato comunicato verbalmente che la vostra occupazione presso la nostra ditta cessava alla fine del mese " (doc. AI 32-8). Dopo aver ricevuto la disdetta l'assicurato non è più rientrato al lavoro ed è entrato in infortunio (cfr. pto. 22. questionario del datore di lavoro, doc. AI 32.2). Per quanto riguarda lo stipendio, il datore di lavoro ha inizialmente indicato che RI 1 percepiva uno stipendio base orario di fr. 30.--, oltre all'indennità vacanze (10,6%), festivi (3%) e 13esima/gratifica (8,3%) (doc. AI 32-2). La \_\_\_\_\_ ha tuttavia precisato che lo stipendio indicato non corrisponde all'effettivo rendimento della persona assicurata che ammonta invece a fr. 27.-- /ora dal 5 maggio 2010 (pto. 2.10., doc. AI 32-3). Con riferimento alla giurisprudenza applicata nel calcolo del reddito da invalido, vedi su questo tema la sentenza dell'Alta Corte 9C\_745/2012 del 30 aprile 2013, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che cumulativamente il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ( DTF 126 V 75 consid. 3b/aa pag. 76 con riferimenti). A quest'ultimo proposito va rilevato che per determinare il reddito da invalido decisivo è il valore in denaro della prestazione fornita. Se quindi l'assicurato riceve un salario più elevato (il cosiddetto salario sociale), è determinante solo la parte che rappresenta la retribuzione del suo effettivo rendimento. Non fanno dunque parte del reddito da lavoro determinante per la valutazione dell'invalidità le componenti salariali per le quali è dimostrato che il lavoratore a causa della limitata capacità lavorativa non è in grado di fornire (alc)una controprestazione (cfr. art. 25 cpv. 1 lett. b OAI). Secondo l'esperienza generale della vita è poco verosimile che un datore di lavoro paghi per anni a un lavoratore invalido uno stipendio senza che questi fornisca una (adeguata) controprestazione. La prova dell'esistenza di un salario sociale è pertanto sottoposta a requisiti severi, valendo il principio che i salari pagati equivalgono alla prestazione lavorativa ( DTF 117 V 8 consid. 2c/aa pag. 18; RCC 1980 pag. 321 consid. 2b; cfr. pure sentenza 2A.236/2006 del 28 settembre 2006 consid. 5.4). Nell'ambito dell'apprezzamento delle prove si deve pure considerare che i datori di lavoro potrebbero essere interessati a dichiarare il versamento di un salario sociale. Nel caso di specie, il rapporto lavorativo con la \_\_\_\_\_ era tutt'altro che stabile. L'assicurato aveva iniziato l'attività da poche settimane e si trovava ancora nel periodo di prova. Il 21 luglio 2010 il suo contratto di lavoro è quindi stato disdetto (doc. AI 32-8). Inoltre, RI 1 non soddisfaceva le esigenze aziendali: nel questionario il datore di lavoro ha descritto l'assicurato come " molto lento – insicuro " (doc. AI 32-6). Non risulta inoltre che lo stipendio indicato dal datore di lavoro di fr. 30.-- /ora corrispondesse all'effettivo rendimento. La \_\_\_\_\_ ha infatti indicato come più adeguato uno stipendio orario di fr. 25.-- (doc. AI 32.3). Alla luce di quanto sopra, il TCA non ha ragioni per scostarsi dall'applicazione dei dati statistici. A maggior ragione se si considera che l'\_\_\_\_\_ nella decisione su opposizione del 9 aprile 2014 ha calcolato un reddito da valido simile di fr. 70'928.-- (doc. 248 incarto LAINF). Applicando i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, riferita all'anno 2010, categoria 3 , conoscenze professionali specializzate, p.to 43 " Attività manifatturiere " si ottiene un importo mensile di fr. 5'559.-- che riportato su 41.7 ore corrisponde a fr. 5'795.25 al mese, pari a fr. 69'543.10 all'anno che aggiornati al 2013 sono pari a fr. 71'366.85 (+1,0% per il 2011, +0,8% per il 2012, + 0,8% per il 2013, secondo la stima

trimestrale dell'Ufficio federale di statistica). 2.11.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, contestato dal ricorrente, 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). Nella decisione impugnata l'amministrazione ha quantificato in fr. 61'276.-- il reddito da invalido, applicando la Tabella TA1, livello di qualifica 4, e operando successivamente una decurtazione dell'1%, poi aumentata al 5%, a titolo di deduzione sociale (doc. AI 64-1, doc. XVII). L'assicurato ha contestato l'applicazione dei dati statistici e ritenuto più corretta l'applicazione delle DPL, come ha fatto l'INSAI in ambito LAINF (doc. I, pag. 8). Questa contestazione non merita tutela, per le ragioni correttamente evidenziate, in sede di risposta, dall'Ufficio AI (cfr. doc. V). Il rappresentante di RI 1 nella sua opposizione alla decisione LAINF del 22 luglio 2013 aveva infatti contestato il reddito da invalido accertato tramite le DPL dall'\_\_\_\_\_, che ora invece difende in questa sede: " (...) L'assicurato contesta recisamente il reddito da invalido, stabilito dalla \_\_\_\_\_ in CHF 52'473.- fondandosi su fogli DPL, in quanto le attività considerate, ossia quelle di regolatore di macchine, affilatore, incassatore-imballatore, aiuto montatore elettricista, addetto alla confezione di cioccolata, sono poco rappresentative e non si attagliano allo stato di salute dell'assicurato" (doc. 216 incarto LAINF). Alla luce di quanto appena esposto il TCA ritiene che l'amministrazione ha correttamente utilizzato i dati statistici. Nel caso concreto, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1, l'assicurato, svolgendo nel 2010 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.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'901.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella pubblicata sul sito web dell'Ufficio

federale di statistica), esso ammonta a fr. 5'109.29 mensili oppure a fr. 61'311.50 per l'intero anno (fr. 5'109.29 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali ("Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2013 un reddito mensile di fr. 5'237.60 oppure di fr. 62'851.40 per l'intero anno (fr. 5'237.60 x 12). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronuncia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15%. In una sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisse un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale - chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) - e visto che il problema si pone in

modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l'altro, delle deduzioni percentuali varianti dall'1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l'applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: "(...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'influenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffner [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C\_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C\_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non

emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.12. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato inizialmente una riduzione dell'1% per la "necessità di svolgere unicamente attività leggere" (cfr. decisione del 27 settembre 2013, doc. 64-1), quindi in sede di osservazioni del 24 settembre 2014 – vista la nuova valutazione medica svolta in ambito LAINF – ha ammesso una riduzione del 5% (doc.XVII). L'insorgente, da parte sua, ha postulato una riduzione del 15% (5% per la limitazione nel sollevare e trasportare oggetti, 5% per le pause e 5% per la difficoltà di imparare nuove tecnologie di lavoro e la non conoscenza delle altre lingue nazionali) (doc. I, pag. 9). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).» Nel caso di specie, alla luce di quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza del 26 agosto 2013 (cfr. consid. 2.11.2.), il TCA ritiene corretta una riduzione del 5%. Questa percentuale tiene adeguatamente conto del fatto che l'interessato può ancora esercitare a tempo pieno delle attività adeguate. Altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico da invalido non ve ne sono. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2013, partendo da un salario da invalido di fr. 62'851.40, ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 59'708.83. Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 71'366.85 (consid. 2.11.1.), emerge un tasso d'invalidità del 16,3%, arrotondato al 16% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto né ad una rendita d'invalidità, né a provvedimenti professionali, come stabilito nella decisione impugnata. Le prestazioni dell'assicurato vanno soppresse a partire dal 1° luglio 2013, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. STF 9C- 971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1). Visto quanto precede, la decisione

impugnata va confermata e il ricorso respinto . 2.13. L'assicurato nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di " nuovi, corretti e approfonditi accertamenti medici ed economici " (doc. I). Va qui ricordato che, quando 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*, pag. 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. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici.

2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.15.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: " (...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)"

2.15. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio (doc. I, XI). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza

giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Nella presente fattispecie la vertenza era palesemente priva di esito favorevole, in quanto la situazione valetudinaria dell'interessato era già stata esaustivamente chiarita in ambito LAINF e la certificazione prodotta dal ricorrente si discostava dalle conclusioni del Dr. Michels unicamente per quanto riguarda i limiti funzionali. Dal punto di vista economico non vi erano poi ragioni per scostarsi dai dati statistici e considerare l'ultimo salario dell'assicurato, visto che il rapporto lavorativo con la Ambrosetti Costruzioni Sagl non era stabile (l'assicurato era nel periodo di prova e non soddisfaceva le esigenze aziendali (doc. AI 32-6). Poi il salario da valido di fr. 30.--/ora, per stessa ammissione del datore di lavoro, non corrispondeva all'effettivo rendimento del lavoratore (cfr. doc. AI 32-3). Il reddito da invalido inoltre, accertato tramite le DPL in ambito LAINF, era stato “recisamente” contestato dal legale in quella sede e poi invece difeso dinanzi al TCA. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve quindi essere respinta.

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