

## **TI\_GERICHTE 32.2017.219 vom 17. November 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-11-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.219](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.219)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.219 du 17 novembre 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.219 del 17 novembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag.

109 consid. 3a)cc ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.5. Nell'evenienza concreta, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici di cui al considerando precedente, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del \_\_\_\_\_, i quali hanno compiutamente valutato sino al momento della resa della decisione contestata (17 novembre 2017) – per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata ( DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) – le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce una totale incapacità lavorativa nell'originaria attività e del 70% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali , questo per i seguenti motivi. 2.5.1. Dal punto oncologico-ematologico l'assicurato è stato visitato dal dr. med. \_\_\_\_\_, il quale nel rapporto 11 ottobre 2016, posta la diagnosi di leucemia mieloide cronica, ha concluso che la malattia oncologica “ non ha attualmente un influsso significativo sulla capacità lavorativa del paziente nella professione da ultimo esercitata di venditore e nella professione esercitata in precedenza di falegname” (punto no. 1 della perizia, pag. 114 inc. AI) . Difatti, lo specialista ha rilevato: " (...) Dal punto di vista strettamente emato-oncologico il paziente è attualmente in remissione completa e non presenta effetti collaterali del trattamento che possano ridurre la capacità lavorativa teorica. Una incapacità lavorativa dovuta alla malattia oncologica è esistita nel periodo precedente la diagnosi e successivo alla diagnosi fino al raggiungimento della remissione. Dagli esami degli atti messi a disposizione risulta che il paziente non aveva presentato nessuna risposta alla terapia di prima linea con Imatinib, che ha dovuto essere interrotta a fine agosto 2009 e che anche la risposta alla terapia successiva con Dasatinib è stata subottimale. È solo dal marzo 2011 che il paziente è stato trattato con la terapia attualmente in corso di Nilotinib (Tasigna®), con l'ottenimento di una remissione ematologica e molecolare completa. (...)” (sottolineature del redattore; pag. 144 incarto AI) Quindi, grazie al trattamento medico iniziato nel marzo 2011, la leucemia risulta essere in remissione. Il perito ha comunque accertato una riduzione della capacità lavorativa dal secondo trimestre 2009 al primo trimestre 2011 (punto no. 3 della perizia), confermando, a titolo di prognosi favorevole a medio-lungo termine, il raggiungimento di una remissione molecolare completa senza tuttavia escludere un aggravamento della malattia emato-oncologica (cfr. punto no. 4 della perizia). 2.5.2. L'aspetto reumatologico è stato esaminato dal dr. med. \_\_\_\_\_. Poste le diagnosi reumatologiche riportate al consid. 2.3, nel rapporto 12 settembre 2016 lo specialista ha evidenziato le seguenti limitazioni: " (...) La diminuzione della capacità lavorativa in attività pesanti è dovuta alla presenza di lombalgie e cervicalgie comuni, in parte legate ad alterazioni degenerative fisiologiche ma anche alla lieve ipoestesia con disestesie nel territorio del nervo ulnare alla mano sinistra e alla lieve artrosi secondaria della MCP IV. L'assicurato è limitato in posizioni statiche molto prolungate oltre 2 ore senza la possibilità di sgranchirsi e cambiare posizione, è limitato per lavori molto pesanti e pesanti, per movimenti molto ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e per lavori di forza molto ripetitivi con la mano sinistra rispettivamente nell'uso di strumenti vibranti (ad esempio martello pneumatico) per molto tempo (oltre 4 ore al giorno) con la mano sinistra. (...)” (punto no. 5 pag. 141 incarto

AI) Egli ha concluso ritenendo l'assicurato "abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento che può essere ridotto al 25%. Come venditore di gioielli l'assicurato è totalmente abile al lavoro" (punto no. 2 del rapporto). 2.5.3 L'assicurato è stato visitato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la quale nel referto 24 ottobre 2016, diagnosticati un disturbo schizoide di personalità e disturbo depressivo, episodio di media gravità in atto, dopo aver proceduto ad un'esauritiva valutazione, in merito ai motivi della ridotta capacità lavorativa ha evidenziato: "(...) Giustifico la diminuzione della capacità lavorativa nell'attività finora svolta, quali la depressione, con tutti i classici sintomi di deflessione del tempo dell'umore, pessimismo, ridotta energia vitale e il disturbo di personalità schizoide con la grave anestesia affettiva e incapacità alla relativa. (...) " (punto no. 5 pag. 131-132 incarto AI) La specialista ha concluso per una piena inabilità lavorativa nell'ultima attività svolta di venditore di bancarella, precisando che l'assicurato potrebbe "svolgere altre attività, in cui la condizione è quella di non aver contatto con il pubblico, o troppi colleghi di lavoro, forse solo da casa, come telelavoro ma con una percentuale di capacità lavorativa del 30% come rendimento. (...) " (punto no. 8 pag. 132 incarto AI). 2.5.4. Globalmente i periti hanno pertanto ritenuto l'assicurato totalmente inabile nella sua precedente attività di venditore e falegname, ma abile al 30% in attività adeguate così descritte: "(...) Dal punto di vista psichiatrico deve trattarsi di un'attività senza contatto con il pubblico e con pochi colleghi di lavoro, preferibilmente da svolgere da solo a casa. Dal punto di vista reumatologico l'A. è limitato in posizioni statiche molto prolungate oltre le due ore senza la possibilità di sgranchirsi e cambiare posizione, per lavori molto pesanti e pesanti, per movimenti molto ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, per lavori di forza molto ripetitivi con la mano sin. rispettivamente nell'uso di strumenti vibranti per molto tempo oltre le quattro ore il dì, con la mano sin. I limiti funzionali sono descritti in dettaglio nell'allegato consulto reumatologico. (...) " (punto no. 9.1.1 pag. 112 incarto AI) Infine, la succitata perizia è stata confermata dal \_\_\_\_\_ e dai singoli periti il 17 agosto 2017 (doc. 48 inc. AI). Non avendo l'assicurato prodotto documentazione atta a mettere in dubbio la succitata valutazione medico-teorica, ritenuto come non siano emersi peggioramenti successivi alla valutazione pluridisciplinare, viste quindi le affidabili e concludenti risultanze della perizia \_\_\_\_\_, alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.4), 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, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che il ricorrente è totalmente inabile in qualsiasi attività da maggio 2009 e del 50% dal 1° aprile 2011 in avanti, ma abile al 30% in attività adeguate dal 1° dicembre 2015. 2.6. L'insorgente, facendo riferimento ad una comunicazione relativa ad un intervento tempestivo, sostiene che la domanda di prestazioni debba essere fatta risalire al luglio 2009 (cfr. punto no. 2.1 del ricorso, pag. 8). Non va dimenticato che i periti del \_\_\_\_\_ hanno accertato una totale inabilità lavorativa in qualsiasi attività, dovuta alla leucemia, da maggio 2009 sino al primo trimestre 2011. Se effettivamente la domanda di prestazioni fosse del luglio 2009 l'assicurato avrebbe diritto a delle prestazioni AI (almeno) fino alla remissione della malattia. Se fa invece stato la domanda inoltrata il 18 gennaio 2016, eventuali prestazioni sarebbero erogate al più presto dal luglio 2016, ossia sei mesi dalla relativa domanda (art. 29 cpv. 1 LAI) e quindi dal

succitato periodo di rilevante inabilità lavorativa l'assicurato non trarrebbe alcun diritto. Tuttavia agli atti non risulta una domanda di prestazioni fatta nel luglio 2009. Risulta invece che i genitori dell'assicurato, mediante sottoscrizione in data 26 gennaio 2011 del modulo di "comunicazione del rilevamento tempestivo per adulti", hanno segnalato all'Ufficio AI la problematica del loro figlio (doc. 1 inc. AI). Nel ricorso (punto no. 2.1) l'assicurato sostiene che a tale comunicazione non vi è stato dato seguito da parte dell'Ufficio AI, come prescritto dall'art. 3c LAI. Lo ha ribadito nelle osservazioni 17 ottobre 2018 (cfr. consid. 1.6). Come risulta dalle annotazioni 31 gennaio 2011 dell'ispettore AI richiamate dal TCA (cfr. consid. 1.6), a seguito della succitata segnalazione l'assicurato è stato contattato per un appuntamento (ai sensi dell'art. 1 quinquies cpv. 1 OAI l'Ufficio AI può convocare l'assicurato ad un colloquio di rilevamento tempestivo per valutare se una domanda di prestazioni è indicata), il quale ha tuttavia declinato l'invito ["(...)In data 31.01.2011 ricevo segnalazione RT (Rilevamento tempestivo n.d.r.) dai genitori e contatto l'assicurato per un appuntamento. Lui però rifiuta di avere un incontro e che se ne avrà necessità in futuro si annuncerà..."]", doc. X/1). Preso atto che l'assicurato ha ribadito che "non intende partecipare ad un colloquio di rilevamento tempestivo", l'ispettore, impossibilitato a procedere, ha chiuso il caso (cfr. le citate annotazioni; doc. X/1). Certo, come si desume dalle osservazioni 8 ottobre 2018 dell'insorgente, l'amministrazione avrebbe potuto ingiungere all'assicurato d'inoltrare la domanda di prestazioni, informandolo, come prescritto dall'art. 3c cpv. 6 LAI, "del fatto che le prestazioni posso essere ridotte o rifiutate se non si annuncia senza indugio". Solo dopo diversi tentennamenti l'assicurato, come ammesso dallo stesso (cfr. ricorso punto no. 2.1, pag. 7), è stato convinto dai genitori ad inoltrare la domanda di prestazioni per adulti firmata il 18 gennaio 2016 (doc. 2 inc. AI). In ogni modo la segnalazione di rilevamento tempestivo dei genitori non può assurgere a domanda ufficiale di prestazioni (in questo senso cfr. STCA 32.2015.165 consid. 2.2). 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_501/2013 del 28 novembre 2013, 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, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322

consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valido, prendendo in considerazione fr. 27'600.-- relativi ai salari percepiti dall'assicurato nel 2005 e 2006 allorquando vendeva gioielli presso una bancarella a \_\_\_\_\_ per conto della \_\_\_\_\_ poi diventata \_\_\_\_\_, rilevando che tale importo corrisponde alla retribuzione più alta ricevuta dall'interessato quale venditore prima dell'insorgenza del danno alla salute (2009), così come si evince dall'estratto del conto individuale (IV/1) In sede di ricorso l'assicurato sostiene che per motivi di salute nell'aprile 2010 ha cessato l'attività di falegname appresa per iniziare con l'aiuto dei genitori quella di venditore di gioielli (cfr. ricorso punto. 1.2). Sostiene inoltre che la remunerazione percepita era talmente ridotta da considerarla alla stregua di un salario sociale. Per questi motivi conclude che non posso essere presi in considerazioni i redditi di venditore ma quelli di falegname (cfr. ricorso punto no. 2.7). A tal riguardo, in sede di risposta di causa l'Ufficio AI ha correttamente rilevato: " (...) Egli (il ricorrente, n.d.r.) afferma inoltre che avrebbe interrotto l'attività di falegname nell'aprile 2010 (in realtà trattasi del padre!) ossia allorquando ha intrapreso l'attività di venditore ad una bancarella per 2/3 giorni alla settimana (v. punto 1.2 del ricorso). Tali affermazioni non trovano però riscontro nei documenti agli atti, i quali comprovano invece che l'attività di falegname è stata interrotta nel febbraio 2002 e che l'attività presso la bancarella è stata intrapresa dal marzo 2002, dapprima presso la \_\_\_\_\_ e dal 01.01.2005 presso la \_\_\_\_\_ (v. estratto conto individuale qui allegato, nonché curriculum vitae del 09.03.2016 – doc. 11 incarto AI – e questionario del datore di lavoro – doc. 15 incarto AI) . (...)” (doc. IV pag. 3) Riguardo al pensus lavorativo, nella perizia SAM risulta che l'assicurato “all’inizio lavorava al 100% sia d’estate, sia d’inverno; successivamente a causa dei suoi vari disturbi riduce l’attività nella misura del 50% (due giorni e mezzo la settimana)” (cfr. punto no. 3.3. pag. 543 inc. AI). Quindi all’inizio dell’attività di venditore (marzo 2002) l'assicurato lavorava a tempo pieno, ciò che trova del resto conferma nel suo curriculum vitae del 9 marzo 2016 dove ha indicato che l'attività quale venditore era svolta dalle 10.00 alle 18.00 e che l'aiuto del padre è subentrato nel 2009 (pagg. 38 e 41 inc. AI). In effetti, con scritto 13 aprile 2016 il fiduciario della datrice di lavoro ha in particolare osservato: " (...) Innanzitutto precisiamo che la cessazione del rapporto di lavoro è dovuta a una ristrutturazione aziendale con relativa rinuncia a un punto vendita “bancarella a \_\_\_\_\_” dove era attivo RI 1. RI 1 riusciva a sostenere questa attività a tempo parziale grazie all'intervento di suo padre che lo sosteneva sull'arco della giornata garantendogli varie pause e aiuto nei lavori più pesanti. Osservazioni alla posizione 2.9 Gli orari normali di lavoro in bancarella erano dalle 10.00 alle 18.00 e quindi le 8 ore al giorno, attività che RI 1 svolgeva compatibilmente con i suoi problemi di salute e con le esigenze aziendali professionali. Impossibile poi riempire il prima del danno ed il dopo danno alla salute. Osservazione alla posizione 2.10 Il sistema di retribuzione non era né orario né mensile, RI 1 riceveva un importo fisso frontaliero di Fr. 600.--, un importo fisso per apri-chiudi bancarella di fr. 30.-- ed una provvigione del 15% - 20% (a dipendenza della stagione) sulla cifra d'affari giornaliera. Indicativamente possiamo quantificare una media di salario orario di ca. 22.-- netti all'ora. Lo stipendio che riceveva era corrispondente all'effettivo rendimento. (...)” (pag. 59-60 incarto AI) Nella domanda di rendita l'assicurato ha poi indicato di svolgere l'attività di venditore per 2/3 giorni la settimana dall'agosto 2007 (pag. 8 inc. AI). Quindi, dal 2002 e sino (almeno) all'agosto 2007, egli ha lavorato a tempo pieno. In tale contesto gli introiti del 2005 e 2006 - i più elevati percepiti durante l'attività di venditore (cfr. a tal riguardo l'estratto del conto individuale in doc. IV/1) - presi in

considerazione dall'amministrazione si riferiscono ad un periodo in cui l'insorgente ha lavorato a pieno regime, che precede l'insorgenza dell'incapacità lavorativa di lunga durata fatto risalire dal \_\_\_\_\_ al maggio 2009 e comunque prima dell'incidente della circolazione del luglio 2007, evento che l'assicurato nella sua domanda di prestazioni ha indicato quale inizio del danno alla salute (pag. 4 inc. AI). Certo, la retribuzione presa in considerazione dall'Ufficio AI è modesta. Tuttavia più che, come sostenuto dall'assicurato, di un salario sociale – vale a dire una retribuzione maggiore non corrispondente all'effettivo rendimento del lavoratore (cfr. in merito DTF 117 V 8 consid. 2c/aa) – in casu si tratta di una retribuzione minima per l'attività di venditore di gioielli che l'assicurato ha svolto per diversi anni, dal 2002 al 2015. Tale aspetto verrà ripreso nel prossimo considerando. Visto quanto sopra, correttamente l'amministrazione ha fissato in fr. 27'600.-- il reddito da valido.

2.7.2. 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 un'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

## **E. 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). Ritornando al caso in esame, conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2014) 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, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) per un salario mensile, aggiornato al 2015, di fr. 5'351.--. Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 66'945.-- per un impiego a tempo pieno. Considerata un'inabilità del 70%, riconosciuta una riduzione totale del 5% per svantaggi derivanti da contingenze particolari, il reddito da invalido è stato quantificato in fr. 19'079.-- (stato 2015). Ora, come riportato al considerando precedente, durante la sua attività di venditore (dal 2002 al 2015) l'assicurato ha percepito degli introiti modesti. Non è stato del resto fatto valere – né vi sono indizi in tal senso – che in passato egli avrebbe optato per un'attività più redditizia. Essendosi quindi accontentato di una retribuzione minima, conformemente alla succitata giurisprudenza, non vi è spazio per applicare un gap salariale. Per quel che concerne la riduzione sociale, dagli atti risulta che il consulente IP ha riconosciuto un 5% per il fatto che l'assicurato possa svolgere unicamente attività leggere (cfr. rapporto 14 febbraio 2017, doc. 169 inc. AI). Nella decisione contestata invece, sempre quantificata in 5% la percentuale di riduzione, la motivazione è stata quella per “svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari”. L'assicurato per contro postula una riduzione di almeno il 10% (pag. 12 del ricorso). Sia come sia, va fatto presente che – come si vedrà nel prosieguo - anche volendo riconoscere per ipotesi di lavoro una riduzione del 10% per attività leggere e svantaggi salariali, l'esito della vertenza non cambierebbe. Altre riduzioni non entrano in linea di conto, ricordato che, secondo giurisprudenza, allorquando vi è una capacità lavorativa a tempo pieno ma con una flessione del rendimento – come è il caso in esame -, quest'ultima viene presa in considerazione nella fissazione della capacità lavorativa e non vi è motivo di effettuare un'ulteriore riduzione per la stessa ragione (cfr. STF 9C\_149/2015 del 22 marzo 2016 consid. 4.1 con rinvii). In conclusione, considerato un reddito da valido di fr. 27'600.-- (cfr. consid. 2.9.1) e da invalido di fr. 18'075,15 (30% di fr. 66'945 = 20'083,50; 90% di fr. 20'083,50 = 18'075,15) si ottiene un grado d'invalidità del 34,51%  $([27'600 - 18'075,15] \times 100 : 27'600)$  che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità. Visto tutto quanto precede, non presentando l'assicurato un grado d'invalidità pensionabile, la decisione impugnata va confermata ed il ricorso respinto. 2.8. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza le spese, per fr. 500.--, sono poste a

carico del ricorrente.

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