

## **TI\_GERICHTE 32.2017.46 vom 22. Februar 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-02-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.46](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.46)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.46 du 22 février 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.46 del 22 febbraio 2017

### **Regeste**

Attribuzione di rendita temporanea AI.TCA conferma le conclusioni della perizia medica. Il medico può esprimere solo un giudizio medico, non può pronunciarsi sul grado AI, compito che spetta al consulente in integraz, il quale ha elencato le attività esigibili dall'ass. No a provvedimenti professionali

### **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-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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dal giudice o dall'amministrazione, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V

351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). 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). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica ortopedica è stata chiarita in modo soddisfacente dalla perita appositamente nominata dall'Ufficio assicurazione invalidità. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunta la dr.ssa. med.

\_\_\_\_\_, che il 24 marzo 2016 ha visitato l'assicurato durante 100 minuti e ha potuto esaminare i certificati allestiti in precedenza dal medico generalista e dai chirurghi ortopedici che l'hanno (avuto) in cura. Questa esperta in medicina fisica e riabilitazione ha avuto modo di analizzare e valutare lo stato di salute del ricorrente mediante constatazioni oggettive. Essa ha infatti dapprima esaminato di persona l'assicurato, verificando il peso (102kg) e l'altezza (185cm), lo stato dell'arto inferiore (ginocchio destro deformato, non evidente rubor o calor, quadricipite femorale e tricipite surale molto ipotonofrofici rispetto al controlaterale, ferita chirurgica al ginocchio eutrofica, rotula ipomobile, buona la stabilità alla prova del cassetamento anteriore e posteriore), i movimenti del ginocchio (attivamente e passivamente estensione: 0°, flessione: 80°, poi comparsa di un blocco rigido. Nessun dolore alla mobilizzazione del ginocchio), la forza del ginocchio (ridotta rispetto all'arto controlaterale, disestesie tattili nella regione perirotulea) e infine ha misurato le

circonferenze della coscia e del polpaccio. Inoltre, la specialista in riabilitazione ha sottoposto l'assicurato a un bilancio funzionale, e meglio a dei test. Sull'arco di 6 minuti è stata testata la sua andatura, che l'ha portato a percorrere 465m con minima inclinazione del bacino verso sinistra durante l'alzata della gamba destra; poi ha salito 15 scalini in 10 secondi con inclinazione del bacino verso sinistra durante l'alzata della gamba destra ed è sceso in 8 secondi con il ginocchio destro mantenuto esteso. Infine, l'interessato ha sollevato e trasportato fino a 25kg senza problemi, ma flettendo solo il rachide e non le ginocchia, essendo impossibile per lui inginocchiarsi a terra. La perita ha altresì valutato la capacità funzionale residua del ricorrente, ritenendola per l'appunto lievemente ridotta nel sollevamento e/o trasporto di pesi fino a 25kg, ridotta nel manipolare oggetti pesanti e nel mantenere la posizione eretta, mentre normale nella posizione da lavoro da seduto, nulla sia in posizione inginocchiata sia nel lavorare con le ginocchia in flessione. Nel mantenere posizioni statiche da seduto e da eretto la capacità era lievemente ridotta, la deambulazione si riduceva oltre i 50m, mentre per lunghi tragitti, su terreni accidentati e nel salire su ponteggi e scale a pioli, era molto ridotta; infine, nel salire e scendere le scale la capacità era ridotta. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, attiva presso la Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_, ha confermato queste sue conclusioni anche dopo avere preso atto dei pareri del 18 e del 25 aprile 2016 del chirurgo ortopedico dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha indicato dapprima che l'assicurato poteva effettuare lavori pesanti, ma limitando il carico di lavoro al 50%; poi che poteva svolgere delle attività con carico discontinuo per un massimo del rendimento del 50%, ovvero per 4 ore al giorno fermo restando determinati limiti funzionali, che combaciavano con quelli stabiliti dalla perita nominata dall'Ufficio AI. Nel suo complemento peritale del 14 giugno 2016 la specialista in riabilitazione ha infatti ribadito che la precedente attività di controllore della sicurezza sul lavoro altrui poteva essere ancora esercitata sull'arco di una giornata intera, ma con un rendimento ridotto del 50% a causa dei summenzionati limiti fisici. Inoltre, queste limitazioni si ripercuotevano anche sulla capacità lavorativa residua del ricorrente, che per la perita risultava però comunque totale in attività adeguate al suo stato di salute, ossia nel rispetto delle stesse. Di conseguenza, la discrepanza tra i pareri medici risiede in sostanza nella valutazione della capacità lavorativa (residua) del ricorrente, mentre tutti i medici intervenuti sono concordi sui limiti funzionali e di carico esistenti. Questo Tribunale ritiene di potere concludere, alla luce delle spiegazioni date dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel suo rapporto peritale e nel suo complemento, che il ricorrente fosse ancora abile nell'attività precedente di guardiano della sicurezza in ragione del 50%, da intendere come riduzione del rendimento nell'arco di una giornata lavorativa. D'altronde, lo stesso chirurgo ortopedico ha riconosciuto che l'assicurato poteva effettuare i lavori pesanti in ragione del 50% e meglio svolgere delle attività con carico discontinuo per un massimo del rendimento del 50%, inteso come 4 ore al giorno. Ora, sebbene il medico curante non abbia specificatamente inteso che si trattasse dell'attività abituale dell'interessato, il TCA ritiene che, alla luce della predetta conclusione tratta dall'esperta nominata dall'amministrazione, un tale accostamento non sia fuori luogo visto che il dottor \_\_\_\_\_ ha specificato che v'era una capacità lavorativa in attività pesanti e in attività con carico discontinuo e, come visto, l'attività nel settore della sicurezza ferroviaria e della manovrazione di vagoni è un'attività pesante. Qualora, invece, il chirurgo ortopedico si riferisse alla capacità residua dell'assicurato a fronte di determinate limitazioni, stanti i test effettuati dall'esperta in riabilitazione sulla mobilità e sulla deambulazione del ricorrente che sono stati indicati nel referto peritale, la scrivente Corte non ha motivo di mettere in dubbio i risultati a cui ella è giunta nelle sue constatazioni

oggettive che, a seguito di specifici esami, risultano chiari e completi. Per contro, i pareri del dr. med. \_\_\_\_\_ non sono ben delineati, nel senso che, oltre ad essere alquanto stringati e a non indicare se la capacità lavorativa del ricorrente sia stata stabilita dopo avere effettuato degli esami specifici o dei test, non è chiaro se il grado di incapacità del 50% si riferisca all'attività abituale o ad altre attività adeguate che, peraltro, se così fosse potrebbero comunque prevedere un carico discontinuo e un lavoro pesante. Anche nel suo ultimo referto del 10 marzo 2017 il chirurgo ha fatto confusione, addentrandosi questa volta in un campo non suo quando ha affermato che “ vi chiedo quindi di volerla [ndr: l'invalidità] rivalutare in modo che possa ottenere almeno il 50% ”. Medesima conclusione va tratta per il referto del 18 giugno 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, allorquando egli ha concluso che “ Vista la giovane età ritengo che sia importante attribuire una rendita di invalidità vicina al 50% ” a causa di determinati limiti funzionali, che anche il dr. med. \_\_\_\_\_ prima e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ poi hanno identificato. In merito alle affermazioni di questi specialisti sulla opportunità a che l'assicurato debba percepire una rendita dall'assicurazione invalidità, addirittura quantificandone il diritto, va rilevato che tale parere esula dalle loro competenze (STF8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 5.2). Infatti, in merito al compito del medico, va rilevato che esso può esprimere soltanto un giudizio medico sulle condizioni di salute di un assicurato, indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_707/2016 del 1° dicembre 2016). Il medico non può invece pronunciarsi anche sul grado di invalidità, visto che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; quest'ultimo valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). In concreto, quindi, non spettava ai medici curanti giudicare il grado di invalidità da attribuire all'assicurato, questo compito competendo, essendo di carattere economico e non medico, al solo consulente in integrazione professionale (docc. 64 e 80). Pertanto, di questi certificati occorre tenere presente unicamente il parere strettamente medico fornito dagli specialisti ortopedici sulle condizioni di salute dell'assicurato e sulle sue limitazioni funzionali. La loro valenza è quindi soltanto parziale. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato, così come da esso richiesta, non è affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione agli atti è chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente il rinvio degli atti all'amministrazione. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser , Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e

pag. 117 n. 320; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Non va da ultimo dimenticato di osservare che anche il medico SMR si è pronunciato l'11 aprile 2016, il 20 giugno 2016 e il 21 aprile 2017 sullo stato di salute del ricorrente, prendendo in considerazione non solo la perizia del 6 aprile 2016 e il suo complemento 14 giugno 2016, ma anche tutti i rapporti dei medici curanti. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurato in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. In altre parole, alla luce di quanto esposto, va osservato che il chirurgo ortopedico che dal 2016 segue l'assicurato non ha comprovato che lo stato di salute del ricorrente fosse peggiore di quello accertato nell'aprile 2016 dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_. D'altronde, come visto, i limiti funzionali e di carico erano i medesimi come pure la flessione del ginocchio destro (80°). Il tali circostanze le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate sufficientemente, devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. Il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente, ritenendolo quindi inabile al lavoro al 100% dal 9 maggio 2013 come guardiano della sicurezza ferroviaria per i sopraggiunti problemi al ginocchio destro rispettivamente dal 18 giugno 2015 nuovamente abile al 100% ma con riduzione del rendimento del 50% nella sua attività abituale, mentre totalmente capace in altre attività adeguate che rispettino i limiti funzionali posti dalla perita. 2.7. Riconosciuto il valore invalidante delle affezioni ortopediche al ginocchio destro di cui soffre il ricorrente, occorre ora verificare, dal profilo economico le conseguenze del danno alla salute che l'assicurato ha subito. Nel ricorso l'assicurato ha evidenziato come le sue limitazioni fisiche e funzionali gli impediscano di svolgere al 100% le attività proposte dall'Ufficio AI, poiché “ In nessuna di queste attività è infatti possibile cambiare frequentemente la postura, alternando periodi seduti di 20-30 minuti a periodi in piedi sino a due ore, oppure ancora evitare spostamenti su terreni anche sconnessi, rispettivamente di percorrere scale, o terreni in salita o in discesa e di sollevare pesi di 10 kg e oltre, con rendimento completo. Per essere compatibili con le limitazioni riconosciute all'assicurato, queste attività devono essere svolte con pause adeguate che vanno inevitabilmente a scapito del rendimento. Ne consegue che non sono esigibili in misura completa, ma al massimo del 50 per cento. ” (doc. VI pag. 2). Inoltre, secondo il ricorrente per svolgere attività quali il controllo di qualità o la rettifica di pezzi finiti, “ oltre al fatto che generalmente queste si svolgono in posizioni statiche, occorrono anche qualifiche di cui l'assicurato risulta sprovvisto. ” (doc. VI pag. 2). Pertanto, a suo dire, queste attività sarebbero possibili “ solo in un posto concepito su misura dell'assicurato e assolutamente estraneo alla realtà del mercato del lavoro, in particolare quello odierno. ” (doc. VI pag. 2). Il ricorrente ha perciò chiesto che gli si riconosca un'incapacità lavorativa di almeno il 50% anche in attività adeguata e che, rivedendo il calcolo del grado di invalidità, la rendita non sia più limitata nel tempo, bensì permanente. Egli ha quindi preteso che il suo diritto alla rendita perduri anche dopo il 30 settembre 2015, dato che anche alla luce delle limitazioni individuate dalla perita la sua capacità lavorativa residua non sarebbe realisticamente più richiesta e possibile in un

mercato del lavoro equilibrato. 2.8. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGa. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C\_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C\_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4, attuale livello di competenze 1) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi

menzionata; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen”; Doudin, La rente d’invalidité dans l’assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, in SZS 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d’idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un’attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin, op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L’Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell’industria e nell’artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004, U 871/02, consid. 3; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Occorre infine rilevare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all’amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7) Da ultimo, va ricordato che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; egli valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l’esigibilità e la possibilità per l’assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 2.9. Nell’evenienza concreta, il consulente in integrazione professionale si è espresso una prima volta il 15 aprile 2016 (doc. 64), quando ha stabilito una riduzione globale del 5% dal reddito ipotetico da invalido per attività leggere. Confrontando poi il reddito da valido con il reddito ipotetico da invalido ridotto del 5%, egli ha calcolato nel 9,56% il grado di invalidità del ricorrente. In un secondo momento, a seguito delle contestazioni dell’assicurato riguardo alle attività adeguate che egli sarebbe stato in grado di espletare con la sua capacità lavorativa residua, il consulente in integrazione professionale si è pronunciato il 24 ottobre 2016 (doc. 80) puntualizzando alcuni aspetti. Dapprima il funzionario ha precisato che un grado di invalidità del 9,56% non dà diritto a una riqualifica professionale. Inoltre, considerate le qualifiche e l’esperienza professionale del ricorrente, egli era da ritenersi reintegrabile nel mercato del lavoro senza dovere necessariamente intraprendere una nuova formazione professionale. In particolare, il consulente ha ritenuto esigibili tutte quelle attività semplici e ripetitive tipiche del settore secondario e terziario non qualificate che rispettano i limiti invalidanti e nel contempo il profilo attitudinale, personale e professionale, dell’assicurato. Poi l’esperto ha puntualizzato che per attività semplici e ripetitive si intendono le attività che non richiedono una preparazione

professionale specifica (e quindi tanto meno una formazione professionale organica), ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro e un breve periodo di rodaggio. Il consulente in integrazione professionale ha quindi elencato degli esempi di attività considerate leggere: operaio generico (mansioni d'assemblaggio, stampa, controllo della qualità, attività di controllo, di sorveglianza, imballaggio, etichettatura), operaio ausiliario addetto ad attività secondarie in produzioni industriali o artigianali di seconda lavorazione, operaio per il controllo della qualità dei pezzi finiti, operaio generico addetto alla rettifica dei pezzi finiti di seconda lavorazione in officine meccaniche, operaio su macchine utensili prerogolate in lavorazioni industriali di vario genere, operaio non qualificato in calzoleria multiservizio, operaio generico nella industria alimentare, vendita al dettaglio (ad esempio addetto alla vendita di carburanti e servizi collaterali), addetto alla logistica (magazziniere con l'ausilio del muletto), cassiere, venditore non qualificato, compiti di controllo/manutenzione tipici delle organizzazioni comunali (letturista, ripristino dei cestini, servizi) oppure ancora come personale ausiliario addetto ad attività collaterali semplici, per lo più di tipo manuale (archivio, servizio meccanografici, di duplicazione, economato e similari). Da quanto precede discende che l'amministrazione ha valutato attentamente non solo lo stato di salute del ricorrente, ma anche la sua capacità lavorativa con attinenza alla possibilità concreta di esercitarla in varie attività lucrative. Infatti, il consulente in integrazione professionale, esperto in materia, ha sapientemente vagliato i vari settori di attività in cui l'assicurato, fermo restando le limitazioni funzionali e di carico individuate dal medico SMR, è stato ritenuto in grado di esercitare a tempo pieno la sua piena abilità lavorativa. Espressamente interpellato al riguardo, il funzionario preposto a tale compito ha saputo contestualizzare e posizionare l'insorgente in un determinato settore lavorativo, tenendo ben presenti le sue reali condizioni di salute. Egli ha dunque vagliato i campi economici e le attività lucrative che erano concretamente esigibili dal ricorrente, soluzioni che questo Tribunale ritiene plausibili e che non ha quindi motivo di mettere in dubbio alla luce, soprattutto, del fatto che il consulente è esperto in materia. Le lagnanze dell'assicurato vanno pertanto respinte, anche perché, come è stato correttamente fatto notare dal consulente in integrazione professionale, l'assicurato si era iscritto in disoccupazione per cercare un impiego leggero a tempo pieno e durante il programma occupazione in cui è stato inserito egli ha presenziato al 100% nel periodo dal 3 maggio al 2 settembre 2016, fermo restando le assenze giustificate di 2-3 volte alla settimana per sottoporsi alla fisioterapia per il ginocchio. 2.10. Nel suo atto ricorsuale l'assicurato ha rinviato alle osservazioni al progetto di decisione, perciò ha implicitamente chiesto che si tenga conto della riduzione massima del 25% da applicare al reddito da invalido, non contestato come tale, anziché del 5% come ritenuto dall'amministrazione nella decisione impugnata. 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. L'Alta Corte 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). Con

sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nel caso di specie l'Ufficio AI ha tenuto conto di una deduzione globale del 5% del reddito da invalido per la necessità di svolgere unicamente delle attività leggere (doc. 64). Il TCA osserva che la questione non merita di essere verificata nel dettaglio, visto che anche volendo, per sola ipotesi di lavoro, applicare il tasso di riduzione preteso dal ricorrente al calcolo effettuato dall'Ufficio AI che, occorre ribadire, come tale non è stato contestato – ossia non sono stati messi in discussione né il reddito da valido né il reddito da invalido di partenza -, si arriva ad ottenere un grado di invalidità del 32% (Fr. 69'503.- [reddito da valido] – {Fr. 62'861.- - (Fr. 62'861.- x 25 : 100)} [reddito da invalido] : Fr. 69'503.- x 100). Questo grado è stato quindi stabilito tenendo presente un'abilità lavorativa residua del 100% in altre attività lucrative adeguate e una riduzione del 25% per stabilire il reddito statistico da invalido ma, essendo inferiore al grado minimo pensionabile, in virtù dell'art. 28 cpv. 2 LAI non dà diritto a una rendita di invalidità. Ne discende che è a giusta ragione che il grado del 10% stabilito dall'amministrazione – o anche quello del 32% volendo seguire la tesi del ricorrente, comunque non fondata alla luce della giurisprudenza - non permette all'assicurato di continuare a ricevere una rendita di invalidità (art. 28 LAI) trascorsi tre mesi dall'intervenuto miglioramento del suo stato di salute (art. 88a cpv. 1 OAI). In queste circostanze, questo Tribunale non può dunque che confermare la decisione dell'Ufficio AI di attribuzione al ricorrente di una rendita temporanea intera di invalidità per il periodo dal 1° maggio 2014 al 30 settembre 2015, e meglio tre mesi dopo il miglioramento del suo stato di salute oggettivato dal 18 giugno 2015. Di conseguenza, è a giusta ragione che dal 1° ottobre 2015 il ricorrente non ha più diritto al riconoscimento di una rendita (intera) di invalidità. La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso integralmente respinto. Al riguardo è comunque utile rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurato intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). 2.11. Nelle sue osservazioni al progetto di decisione il ricorrente ha altresì chiesto di essere posto al beneficio dei necessari provvedimenti di integrazione professionale, poiché che non disponeva di una formazione adeguata per i lavori leggeri che, per l'amministrazione, egli sarebbe stato in grado di svolgere. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai

provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempite (lett. b). Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente (art. 8 cpv. 1bis LAI). Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (art. 8 cpv. 3 lett. a LAI) ed 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 riformazione professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). L'art. 17 cpv. 1 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se grazie ad essa la capacità al guadagno può 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 riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riformazione professionale è quindi del 20%. Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI, per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riformazione professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). 2.12. In concreto, il grado di invalidità del ricorrente è chiaramente inferiore alla soglia del 20% (grado AI dello 10%). Pertanto, la decisione con cui l'Ufficio AI ha rifiutato di concedere dei provvedimenti di integrazione professionale merita conferma. A titolo abbondanziale il TCA evidenzia che si giungerebbe comunque a rifiutare tali provvedimenti anche se si ritenesse, sempre per pura ipotesi di lavoro, che il grado d'invalidità del ricorrente (32%) fosse superiore alla soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riformazione professionale che è del 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Con sentenza 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...)

## **E. 6**

(...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26

ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento.". Nel caso di specie una riqualifica professionale del ricorrente non entra in considerazione (STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2011.143 del 21 novembre 2011). Il consulente interpellato dall'Ufficio AI ha infatti affermato che l'assicurato era reintegrabile nel mercato del lavoro senza necessariamente dover intraprendere una nuova formazione professionale viste le qualifiche e l'esperienza professionale in suo possesso (cfr. consid. 2.9). Rimane comunque aperta per l'assicurato la possibilità di far capo ad un aiuto al collocamento sulla base dell'art. 18 LAI per trovare un'attività confacente al suo stato di salute, segnatamente qualora il danno alla salute sia d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011; cfr. anche Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT I 2003 pag. 595). Spetta dunque al ricorrente, se del caso, attivarsi in questo senso e contattare l'Ufficio AI - e per esso un consulente in integrazione professionale (STCA 32.2016.122 del 10 maggio 2017; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011). 2.13. Stante quanto precede, la pretesa dell'insorgente di riconoscere un'incapacità lavorativa di almeno il 50% anche in attività adeguata e (implicitamente) di ottenere una rendita di invalidità anche dal 1° ottobre 2015 non può essere accolta. Inoltre, nella misura in cui l'Ufficio AI ha rifiutato il riconoscimento (anche) di provvedimenti d'integrazione, la decisione impugnata merita conferma (STCA 32.2016.137 del 23 maggio 2017; 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e 32.2011.141 del 21 novembre 2011) e il ricorso va respinto anche su questo punto. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.- vanno poste a carico dell'insorgente.

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