

## **TI\_GERICHTE 32.2017.6 vom 29. November 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-11-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.6)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.6 du 29 novembre 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.6 del 29 novembre 2016

### **Regeste**

Rifiuto di concessione di una rendita di invalidità. Dai certificati medici prodotti risulta che per lo stesso medico curante l'assicurato era totalmente inabile al lavoro nella sua attività, ma abile al 100% in altre adeguate. Dal calcolo economico risulta una perdita di guadagno del 5% (grado AI)

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

novembre 2015 l'ha reso inabile al 100% nella sua attività abituale, mentre dal 13 maggio 2016, ossia dalla seconda consultazione avuta con il dr. med. \_\_\_\_\_, egli risultava abile totalmente in altre attività adeguate, fermo restando un carico massimo di 5kg e l'alternanza della postura. La prognosi era favorevole in attività adeguate, tanto che il medico curante ha redatto un certificato di chiusura della malattia dall'8 settembre 2016. Nel suo ultimo referto del 10 novembre 2016 (doc. E) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha certificato di avere in cura l'assicurato per un'importante problematica lombo-sacrale caratterizzata da una sindrome algico-irritativa lombospondilologica cronica con sintomatologia sciatalgiforme nel territorio L5 destro in un contesto di lisi istmica L5 + stenosi foraminale L5/S1 bilaterale, problematica che ha definitivamente reso controindicata la vecchia professione nell'edilizia " con tutti gli annessi e connessi che ben conosciamo ". L'assicurato è stato ritenuto totalmente inabile al lavoro dal 30 novembre 2015 al 7 settembre 2016 (doc. E1), dopodiché abile al 100% " su decisione dell'assicuratore IPG \_\_\_\_\_ (allegato 2) essendo stato ritenuto non più idoneo alla vecchia attività lavorativa. " (doc. E2). Dall'8 settembre 2016 l'assicurato presentava quindi una capacità lavorativa completa in attività che tenessero conto delle limitazioni dettate dalla sua patologia, che il curante ha illustrato nel certificato del 22 agosto 2016 che rinviava alla comunicazione del 7 luglio 2016 dell'assicuratore malattia e alle osservazioni del suo medico di fiducia. Inoltre, egli ha allegato l'ultima pagina del formulario per la richiesta di prestazioni AI che descrive la sua capacità residua (doc. E6). Infine, pendente causa il ricorrente ha prodotto il referto del 27 giugno 2016 (doc. F) redatto dal dr. med. \_\_\_\_\_, capoclinica di neurologia/chirurgia della colonna lombare, attivo presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che ha riferito della visita effettuata quel giorno, in cui ha diagnosticato una sindrome lombospondilologica cronica e una sindrome lomboradicolare L5 destra su lisi istmica L5 e stenosi del forame L5/S1 bilaterale. Esposta l'anamnesi, gli esiti dell'esame clinico e radiologico, lo specialista ha consigliato di proseguire con le infiltrazioni, visto che fino a quel momento avevano ottenuto un buon risultato, soluzione che peraltro auspicava il paziente. Nel caso in cui non si fosse più ottenuta una sufficiente diminuzione del dolore, il medico \_\_\_\_\_ ha informato il curante che gli era già stato richiesto dal collega dr. med. \_\_\_\_\_ di proporre un'operazione di fusione nel

segmento L5/S1. Il paziente si sarebbe messo in contatto con il medico curante per decidere il da farsi. 2.3. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 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 dall'amministrazione o dal giudice, 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). 2.4. 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 le problematiche alla schiena e alla gamba sono state chiarite in modo soddisfacente dal perito che l'assicuratore malattia ha nominato appositamente e il cui parere è stato richiamato e fatto proprio dall'Ufficio AI. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunto lo specialista chirurgo dr. med. \_\_\_\_\_ nelle sue visite del 6 e del 13 maggio 2016 e che hanno tenuto conto sia degli esiti della TAC fatta esperire il 12 maggio 2016, sia del parere del dr. med. \_\_\_\_\_, neurochirurgo, anch'esso del 12 maggio 2016. Al referto del 27 giugno 2016 del medico dell'assicuratore malattia va dunque riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.3). Non è quindi vero, come ha sostenuto il ricorrente, che l'Ufficio AI si sia basato su una valutazione non specialistica, visto che nelle sue conclusioni il chirurgo nominato dall'assicuratore malattia ha tenuto pienamente conto e ha citato il parere del neurochirurgo a cui si è rivolto l'interessato. In merito a questa critica ricorsuale il TCA ritiene pertanto che, allo stato attuale, i certificati medici raccolti sia durante la fase istruttoria amministrativa sia prodotti con il ricorso non fondino la necessità di esperire ulteriori indagini mediche specialistiche. I vari referti del medico curante dr. \_\_\_\_\_, secondo cui come manovale in campo edile l'interessato sarebbe inabile al 100% dal 30 novembre 2015, mentre in altre attività adeguate al suo stato di salute fermo restando determinati limiti funzionali e di carico sarebbe abile al lavoro in misura completa, come ritenuto dal medico fiduciario dell'assicuratore malattia, senza alcun dubbio smentiscono che l'assicurato sia totalmente inabile al lavoro, come invece sostenuto nel suo ricorso. Nemmeno va dato seguito alla pretesa ricorsuale di procedere a ulteriori valutazioni mediche specialistiche interdisciplinari per accertare questa situazione e quindi di sottoporlo a una perizia medica giudiziaria, non ritenendo affidabile il parere del medico fiduciario dell'assicuratore malattia. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2016.108 del 2 maggio 2017; STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9

giugno 2008). L'insorgente, richiamando gli incarti dai vari medici che l'hanno in cura e producendo dei referti già vagliati sia dall'assicuratore malattia sia dall'Ufficio AI, come pure il certificato del 27 giugno 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del 10 novembre 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_, affermando che alla luce di questi referti la situazione non è chiara e quindi pretendendo l'espletamento di nuovi accertamenti medici, è venuto meno al suo obbligo di comprovare le sue allegazioni. Esso si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità che non avrebbe sufficientemente vagliato le sue condizioni alla luce dei summenzionati referti medici. Per contro, l'assicurato non ha saputo comprovare le sue lamentele, visto che i vari rapporti del medico curante dr. \_\_\_\_\_ forniscono addirittura un quadro clinico opposto delle sue condizioni, nel senso che, dal profilo assicurativo che qui è il solo che è determinante, la capacità lavorativa residua dell'interessato è totale dall'8 settembre 2016. Non va poi dimenticato che se da un lato il neurochirurgo dr. med. \_\_\_\_\_ ha escluso il 12 maggio 2016 (doc. C) una ripresa dell'attività di operaio/muratore, tuttavia lo specialista dall'altro lato ha espressamente consigliato “pertanto sin da subito una riqualifica professionale indipendentemente dalla scelta del paziente di sottoporsi o meno ad una soluzione chirurgica.”. Senza alcun dubbio questa affermazione porta a concludere che l'assicurato è abile al lavoro in altre attività adeguate al suo stato di salute, per svolgere le quali egli necessita di una riqualifica professionale essendosi finora occupato di attività manuali edili. Se quindi non solo il medico curante, FMH medicina interna generale e medicina del lavoro, ma anche il neurochirurgo curante dell'insorgente hanno ritenuto fattibile e possibile un'attività lavorativa più leggera, non si vede per quale motivo si dovrebbe fare esperire una perizia giudiziaria interdisciplinare per accertare ulteriormente lo stato di salute dell'assicurato. In queste circostanze, nemmeno va dato seguito alla censura secondo cui l'amministrazione avrebbe dovuto affidare a un medico esterno – e meglio al Servizio Accertamento Medico – il compito di valutare l'interessato. Va osservato che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia esterna da parte dell'ente assicuratore, e tanto meno a una perizia giudiziaria, questo mezzo di prova dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinato qualora sussistano dubbi – anche se minimi – riguardo all'attendibilità e alla conclusione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; DTF 135 V 465 consid. 4.4; STF 9C\_49/2015 del 28 ottobre 2015 consid. 5.1), circostanza che in specie non si è realizzata. In conclusione, dalla documentazione agli atti emerge con certezza che l'inabilità lavorativa nella precedente attività di operaio/aiuto muratore è totale sin dal 30 novembre 2015. Tutti i medici intervenuti nella valutazione del ricorrente concordano su questo punto, così come anche a ritenerlo abile al 100% in altre attività adeguate da maggio/settembre 2016. In effetti, nessuno specialista ha affermato il contrario. Dai nuovi referti prodotti in sede ricorsuale non risulta dunque una situazione diversa che, per di più, porti il TCA a procedere con un nuovo accertamento dello status dell'assicurato. Non v'è dunque motivo per richiamare i suoi incarti medici, i certificati agli atti essendo sufficienti per determinare il suo stato di salute. Pertanto, un'eventuale perizia non avrebbe aiutato l'assicurato a comprovare uno stato di salute peggiore rispetto a quello valutato dai suoi stessi medici curanti e che, non va dimenticato, anche il medico del Servizio medico Regionale ha confermato nel rapporto del 5 ottobre 2016, ritenendo per di più una capacità residua limitata da un carico massimo di 5kg, contro i 10kg determinati dal medico curante il 10 novembre 2016 (doc. E6). Il tali circostanze le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate,

devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. Il TCA fa invece proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente, che l'ha ritenuto incapace al lavoro al 100% come operaio/aiuto muratore dal 30 novembre 2015 per i sopraggiunti problemi alla schiena e alla gamba destra, mentre abile al 100% dal 13 maggio 2016 in attività lucrative adeguate al suo stato di salute che rispettino i limiti funzionali stabiliti dal dr. med. \_\_\_\_\_ e concretizzati dal medico SMR. 2.5. Riconosciuto il valore invalidante delle affezioni ortopediche di cui soffre il ricorrente, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito come impone la giurisprudenza. 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 (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). 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, p. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 205s., 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, p 255s.). 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). 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 deve 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. ancora 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 l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (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 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 U 168 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). 2.6. Nell'evenienza concreta, per la determinazione della

perdita di guadagno l'Ufficio AI si è basato sul rapporto finale dell'SMR secondo cui l'assicurato, malgrado il danno alla salute, era comunque in grado di svolgere altre attività lucrative in ragione del 100%. L'amministrazione ha quindi utilizzato il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito di Fr. 63'706.- che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2014 senza il danno alla salute nella professione precedente di operaio al 100% (reddito da valido), con quello di Fr. 59'553.- risultante da un'ipotetica attività leggera e ripetitiva svolta al 100% nel 2014 e dalla deduzione del 10% per motivi personali (reddito da invalido), per ottenere una perdita di guadagno del 7%. Più specificatamente, l'Ufficio AI si è fondato su un reddito da valido stabilito in base alla media dei redditi conseguiti dal 2011 al 2014 e quindi antecedenti il danno alla salute e su un reddito da invalido realizzabile nel 2014 secondo la Tabella TA1 2012 che, riportato su 41,7 ore settimanali, ammonta a Fr. 66'169,72. Considerando un'attività al 100% ed effettuando una riduzione dal reddito da invalido dell'8% per attività leggere e del 2% per altri fattori di riduzione, ne è derivato un reddito da invalido di Fr. 59'553.- (doc. 39 pag. 106).

2.7. Riguardo al reddito da valido, ossia il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire prima che sorgesse il danno alla salute, dagli atti risulta che il ricorrente è stato assunto nel 2006 come operaio/aiuto muratore e quando è iniziata la malattia, il 30 novembre 2015, l'assicurato era ancora alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_, che l'ha licenziato per il 29 febbraio 2016 (doc. 25). Va inoltre rilevato che dal marzo all'agosto 2015 l'interessato è stato al beneficio di indennità giornaliera per infortunio e dal 1° gennaio 2016 di indennità giornaliera per la malattia alla base della domanda di prestazioni AI in esame. Poiché il salario dell'assicurato mutava di mese in mese, si deve ritenere che il reddito da valido corrisponde alla media dei salari percepiti dal ricorrente negli anni precedenti l'insorgenza del danno. L'Ufficio AI ha preso in considerazione gli anni dal 2011 al 2014, conteggiando un salario annuo medio di Fr. 63'706.-. Questo dato è più elevato e quindi più favorevole della media dei salari a cui giunge questo Tribunale basandosi sui dati forniti dal datore di lavoro, e meglio sulla media di Fr. 62'877,80 risultante dai redditi mensili percepiti nel 2013 (Fr. 66'036.-) e nel 2014 (Fr. 59'716,60). Il 2015 non va considerato trattandosi di indennità giornaliera che non sono rappresentative del reddito che l'assicurato riceveva senza il danno alla salute, perciò ci si deve riferire unicamente ai salari mensili incassati dal ricorrente. Nell'evenienza concreta va dunque ritenuto il reddito lordo di Fr. 63'706.- calcolato dall'amministrazione, peraltro non contestato. Dovendo però porsi al momento in cui l'interessato dovrebbe (continuare a) ricevere la rendita di invalidità (2016), occorre adattare all'evoluzione dei salari nominali questo dato (DTF 128 V 174; DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55). L'evoluzione dei salari nominali fra il 2014 ed il 2015 nel settore delle costruzioni (ramo economico F/41-43) corrisponde per gli uomini a una variazione annua dello -0,2% (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Di conseguenza, nel 2015 il reddito da valido sarebbe stato di Fr. 63'578,59 (Fr. 63'706.- - [Fr. 63'706.- x 0,2 : 100]). La variazione dal 2015 al 2016 è stata invece dello 0,4%, perciò nel 2016 il reddito da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire sarebbe ammontato a Fr. 63'832,90 (Fr. 63'578,59 + [Fr. 63'578,59 x 0,4 : 100]).

2.8. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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 "). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite 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). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, da alcuni anni questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.9. Per quanto concerne il 2016, anno di eventuale concessione delle prestazioni (DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014\_tirage\_skill\_level Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; DTF 142 V 178), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato corrisponde ad un importo di Fr. 63'744.- (Fr. 5'312.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali

questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere le indennità giornaliere (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55) , per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini un indice totale pari al 100 per il 2010. Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2014 (Tabella TA1 2014) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2014 e poi aggiornarlo direttamente al 2016. Pertanto, si ha che il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2016 a Fr. 64'299,91 ( Fr. 63'744.- : 103,2 x 104,1) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costolavoro/evoluzione-salari.assetdetail.255182.html> ; STF 8C\_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2 ). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2015 ( cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2015: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.assetdetail.233104.html> ) utilizzando il dato del 2015, ultimo disponibile, il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'032,65 ( Fr. 64'299,91 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). 2.10. 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 TF ha affermato: " 5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheitskontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.). 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'ininfluenza 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 Invaliden-versicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...). Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF 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 ancora 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 (cfr. consid. 4.2: “[...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...]”). 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 del 10%, ossia 8% per attività leggera e 2% per altri fattori (doc. 39 pag. 108). L'insorgente non ha quantificato la riduzione da applicare al reddito ipotetico da invalido, ma ha rilevato che “ in considerazione dell'età e delle qualifiche del ricorrente, ben si capisce che non esiste alcuna attività adeguata per il ricorrente e non sicuramente un'attività che gli faccia guadagnare CHF 53'553.- annui. ” (doc. I punto 42 pag. 10). Nel dettaglio, nessuna riduzione deve essere concessa in funzione dell'età (l'assicurato è nato nel 1970). Nella STF 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, in cui la ricorrente era 56enne al momento della decisione amministrativa, l'Alta Corte ha affermato che l'età non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso. I lavoratori ausiliari, attivi in quei settori di attività accessibili a lavoratori non qualificati, sono richiesti indipendentemente dalla loro età in un mercato del lavoro equilibrato (cfr. anche la sentenza I 594/04 del 14 febbraio 2005). Circa la nazionalità e la sua formazione professionale, va evidenziato che l'insorgente, in Svizzera dal 1997, ha ottenuto la naturalizzazione svizzera nel 2009, è coniugato e ha frequentato solo 5 anni di scuole obbligatorie nel suo Paese di origine. Inoltre, come risulta dal curriculum vitae (doc. 14), legge e scrive in italiano in modo elementare, ma ha una buona capacità di espressione orale. La sua lingua madre è l'arabo. In queste circostanze, si ritiene corretto che l'Ufficio AI non abbia ritenuto di dovere applicare delle riduzioni per la nazionalità. Infine, per quanto concerne lo svolgimento di un'attività leggera, l'amministrazione ha ritenuto che

non potendo più l'assicurato svolgere dei lavori pesanti, si doveva procedere a una riduzione del reddito dell'8%. Nessuna deduzione, invece, andava concessa per il limitato numero di anni di servizio né per le limitazioni funzionali, che non influenzano le attività adeguate. Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 10% sia adeguato e ciò quand'anche si tenesse conto delle limitazioni funzionali indicate dal medico curante il 10 novembre 2016 (doc. E6). Non v'è quindi alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa e quindi fissarla complessivamente nel 10%, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. 2.11. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2016 a Fr. 67'032,65 per una capacità lavorativa residua del 100% va diminuito del 10% per tenere conto delle circostanze personali, ottenendo così l'importo di Fr. 60'329,38 (Fr. 67'032,65 - [Fr. 67'032,65 x 10 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 63'832,90 corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2016 per l'attività di operaio esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque una perdita di guadagno del 5,48% ([Fr. 63'832,90 - Fr. 60'329,38] : Fr. 63'832,90 x 100), che va arrotondata al 5% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. 2.12. Alla luce di tutto quanto esposto, dall'inabilità lavorativa del 100% come operaio/aiuto muratore sorta nel novembre 2015, il ricorrente non può trarre alcun diritto ad una rendita di invalidità. Malgrado la capacità lavorativa residua in altre attività adeguate sia del 100% a decorrere dal 13 maggio 2016, la perdita di guadagno del 5% stabilita da questo Tribunale - seppure questo grado differisca da quello individuato dall'Ufficio AI (7%) - è però inferiore al grado minimo pensionabile (40%) ex art. 28 LAI. Questo Tribunale non può quindi che confermare il rifiuto del diritto ad una rendita d'invalidità stabilito dall'amministrazione con la decisione impugnata. 2.13. 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.