

## **TI\_GERICHTE 32.2017.61 vom 6. März 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-03-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.61](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.61)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.61 du 6 mars 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.61 del 6 marzo 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). A questo riguardo va pure ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia

esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

2.4. Nella presente fattispecie, per i postumi relativi all'infortunio dell'8 luglio 2010 all'arto superiore destro l'Ufficio AI ha fatto riferimento alla visita di chiusura del 24 aprile 2011 della \_\_\_\_\_, concludente in sostanza per una piena abilità lavorativa in attività leggere (doc. 46 incarto LAINF). Con rapporto del 12 maggio 2011 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha concluso per un'inabilità lavorativa del 100% dal 9 luglio 2017 nell'abituale attività "... per le lesioni al braccio destro e si indica una IL del 20% in attività leggera confacente per la patologia extrainfortunistica della spalla destra (tendinopatia del sovra spinato e artrosi acromio-claveare) perché danno permanente" (pag. 114 incarto AI). In corso di procedura amministrativa con certificato medico 21 dicembre 2015 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedia, ha rilevato: " L'assicurato summenzionato rimane vittima di un infortunio l'08.07.2010 portando una lastra di granito, quest'ultima scivola al suo collega di lavoro, e il Signor RI 1 riceve un contraccolpo sull'arto superiore destro che coinvolge spalla, gomito polso. Inizialmente disestesia del dito IV° e V°. Una risonanza magnetica del gomito che viene eseguita mostra un leggero stiramento dell'origine comune dei flessori all'epicondilo ulnare e un edema midollare del capitello radiale. La spalla senza pesi non dolente ma non è caricabile, dolorose le rotazioni. Viene anche eseguita una risonanza magnetica della spalla che mostra un conflitto sottoacromiale e viene sospettata una lesione dell'ancora bicipitale di 1°. Seguono poi numerose sedute di fisioterapia che riescono solamente ad apportare un beneficio temporaneo. I sintomi, da ormai 5 anni, sono sempre molto simili e poco variati, la spalla "non da tregua", il gomito se non viene caricato va abbastanza bene. Attualmente il Signor RI 1 sta svolgendo una riqualifica professionale come venditore e in futuro potrà lavorare senza problemi in posizione eretta, seduta, può accovacciarsi, inclinarsi e ruotare il tronco. In maniera ridotta potrà lavorare con le mani sopra il livello della testa e con il braccio lontano dal corpo, il limite ai pesi in questa posizione sarà fra 3 e 5 kg, potrà salire su scale e impalcature, a ridotta la capacità della pro-supinazione nel senso di movimenti ripetuti." (sottolineatura del redattore; doc. AI 133) Il 21 giugno 2016 il dr. \_\_\_\_\_, medico curante, ha certificato: " Allo stato attuale il Sig. RI 1, \_\_\_\_\_1964, lamenta un aggravamento della nota faticabilità dell'arto superiore destro, faticabilità che diviene ingravescente con il passare delle ore nella sua attività di magazziniere che prevede la manipolazione ed il trasporto di imballaggi, cartoni, capi d'abbigliamento. Pertanto la durata quotidiana di lavoro andrebbe limitata al massimo a 5 ore. Certificato valido per un mese, da rivalutare." (sottolineatura del redattore; doc. AI 142) Infine, il 4 agosto 2016 il dr. \_\_\_\_\_, su richiesta dell'assicurato, ha precisato: " Faccio riferimento al mio certificato del 21.12.2015 e 7 mesi dopo mi contatta l'assicurato, che ci legge in copia, chiedendomi di marcare una percentuale di inabilità lavorativa. La percentuale dipende ovviamente dalle mansioni svolte dall'assicurato, in questo momento svolge un lavoro il quale comporta un uso regolare della spalla destra anche oltre l'orizzontale e questo porta ad un'inabilità lavorativa che stimo al 40%. In un'attività, adeguata alle limitazioni del paziente la capacità lavorativa è

sicuramente superiore al 60%. La pregherei di volermi contattare direttamente se ha bisogno di ulteriori informazioni in merito.” (sottolineatura del redattore; doc. AI 144) Tali atti medici sono stati valutati dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale ha correttamente rilevato che “... la certificazione medica attuale non dimostra una sostanziale modifica dello stato di salute. L’assicurato mantiene un CL dell’80% dell’attività rispettosa dei limiti funzionali. L’attività d’impiegato di commercio al dettaglio risulta rispettosa dei limiti funzionali ” (pag. 373 incarto AI). Non va dimenticato che il 2 marzo 2017 il consulente in integrazione professionale ha giustamente evidenziato che le mansioni di magazziniere citate nella menzionata certificazione del 21 luglio 2016 del dr. \_\_\_\_\_ non fanno parte di quelle espletate da un impiegato della vendita al dettaglio (pag. 405 incarto AI), professione appresa in via di riforma dall’assicurato. Lo stesso dicasi per le attività che comportano un “ uso regolare della spalla destra oltre l’orizzontale ” di cui al certificato 4 agosto 2016 del dr. \_\_\_\_\_. Del resto, lo stesso specialista ha ritenuto che in attività adeguate la capacità lavorativa “ è sicuramente superiore al 60%”. Nondimeno va rilevato che, ai fini dell’assicurazione disoccupazione, con rapporto 26 agosto 2016 lo stesso medico curante ha certificato una piena abilità lavorativa dal 1. luglio 2016 “ per lavori leggeri, carico massimo 5 kg ” (pag. 10 incarto disoccupazione). Nemmeno la documentazione medica prodotta il 12 luglio 2017 dal ricorrente pendente causa permette di modificare la suddetta valutazione (XIV). In primis “l’insufficienza venosa con varici polpaccio e malleolo interno destro, sintomatiche dopo marcia e favorite da elevate temperatura ambientale “ diagnosticata nel rapporto 7 aprile 2017 (di data posteriore alla decisione qui contestata del 6 marzo 2017 che delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii) del Pronto soccorso dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non permette di risalire ad una patologia invalidante. A tal riguardo va fatto riferimento ai passaggi relativi allo status (“ Circolazione e mobilità alla caviglia destra nella norma. Sensibilità nella norma. Presenza di varici a livello del polpaccio e al malleolo interno destro con leggero gonfiore e telangectasia. Marcia nella norma ed indolente” ; sottolineature del redattore) e alle dimissioni che sono avvenute in condizioni generali buone (doc. B). Dal successivo rapporto 1° giugno 2017 del dr. \_\_\_\_\_, attivo presso il Servizio di angiologia del citato nosocomio \_\_\_\_\_, non si desume una flebite invalidante. In merito è sufficiente far riferimento alle annotazioni riassuntive del 18 luglio 2017 del dr. \_\_\_\_\_: “ (...) Valutazione: la presenza di una lieve insufficienza venosa cronica non riveste patologia invalidante. Si tratta nel presente caso di un grado I, quindi senza lesione trofica, problematica trattabile con applicazione di calze compressive come suggerito dal dr. \_\_\_\_\_ ed eventualmente tramite intervento. Nell’attuale situazione non vi sono ulteriori limiti funzionali da considerare.” (Doc. XVI) Il 27 settembre 2017 e 20 ottobre 2017 l’insorgente ha trasmesso i rapporti 25 luglio 2017 e 20 ottobre 2017 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, in cui sono state poste le seguenti diagnosi: “ (...) disestesie all’arto superiore destro in stato dopo infortunio sul lavoro 2010 con irritazione del nervo ulnare probabilmente su esiti di trazione del plesso brachiale e irritazione lungo il solco cubitale in presenza di tendoinserzionite radiale e ulnare, disestesie radiali su possibile lieve intrappolamento del ramo profondo del nervo radiale del muscolo supinatore, disestesie nel dermatomero C7 su irritazione della radice C7 per ernia C6-C7 con componente foraminale, alterazioni degenerative e discali da C6 a C8.” Ora, valutando il succitato rapporto 25 luglio 2017, con annotazioni 2 ottobre 2017 il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato: “ ...dall’attuale documentazione di luglio 2017 risulta la presenza di una

irritazione nervosa a livello radicolare cervicale a destra senza presenza di deficit motorio o sensitivo, quindi senza ripercussione funzionale. La problematica è di entità limitata, viene consigliato un trattamento conservativo. L'attuale descrizione funzionale non giustifica un'inabilità lavorativa prolungata per un'attività adatta in assicurato con riconosciuta ridotta cercabilità a livello dell'arto superiore destro (XXI/1).” Tenendo poi conto della susseguente certificazione del 20 ottobre 2017, in cui il dr. \_\_\_\_\_ sostanzialmente ha attestato una persistente problematica radicolare causante un'inabilità lavorativa del 50% anche in attività leggere ed esigibili, il 27 ottobre 2017, il citato medico del SMR ha concluso che “in considerazione della precedente certificazione e dell'attuale certificazione può essere riconosciuto un impedimento del 50% da 7.2017 in attività adatta, prognosi potenzialmente favorevole nel corso dei prossimi 6 mesi ” (XXVI/1). Fatto sta che, come rettamente evidenziato dall'Ufficio AI nelle osservazioni 30 ottobre 2017, l'impedimento del 50% fatto decorrere dal luglio 2017 è subentrato dopo l'emissione della decisione contestata e quindi non può essere preso in considerazione in questa procedura. L'eventuale peggioramento risultante dai due succitati certificati medici sarà valutato dall'Ufficio AI nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni che l'assicurato potrà inoltrare. In conclusione, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni del SMR (cfr. consid. 2.3), tenuto conto che sino al momento dell'emissione della decisione contestata non vi è stato alcun rilevante cambiamento delle condizioni di salute, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che dal luglio 2010 il ricorrente è abile all'80% in attività adeguate leggere rispettanti le limitazioni fisiche. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento della chiesta perizia multidisciplinare. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.5. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.5.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari.

Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, per la determinazione del reddito da valido l'Ufficio AI si è fondato sui dati salariali (periodo 2011 – 2015) indicati dall'ex datore di lavoro (cfr. scritto 14 ottobre 2016 in pag. 373 incarto AI), prendendo per l'anno 2015 un salario di fr. 68'549.--. L'assicurato contesta tale importo sostenendo che nel 2008 (periodo 1° aprile – 31 dicembre) aveva percepito fr. 51'818.-- (cfr. certificato di salario) che corrisponde ad un salario annuo di fr. 69'090,65, quindi inferiore a quello del 2008. Sostiene inoltre che l'amministrazione avrebbe dovuto tenere in considerazione gli aumenti salariali viste le conoscenze tecniche e teoriche che nel frattempo avrebbe acquisito, oltre al fatto che il dato fornito non contempla le varie indennità previste dal CCL di categoria. Secondo il calcolo effettuato in sede ricorsuale, senza l'avanzamento professionale l'assicurato avrebbe percepito nel 2014 un salario di fr. 79'781,10. Al riguardo l'Ufficio AI ha evidenziato che in data 10 ottobre 2016 aveva esplicitamente chiesto all'ex datore di lavoro di precisare "...quale sarebbe stato oggi giorno il salario annuo lordo, per gli anni dal 2011 al 2014, comprensivo di ogni supplemento per le ferie e per la tredicesima, che il nostro assicurato avrebbe meritato svolgendo ad orario completo la professione di muratore se fosse ancora alla vostre dipendenze e se non fosse intervenuto il danno alla salute..." ( pag. 374 incarto AI), il quale aveva indicato gli importi presi in considerazione nella decisione contestata (pag. 375 incarto AI). Ora, non è necessario accertare se effettivamente il dato comunicato all'amministrazione sia stato correttamente calcolato dall'ex datore di lavoro, poiché, come verrà rilevato nel prosieguo, anche volendo prendere come ipotesi di lavoro l'importo di fr. 79'781,10 l'esito della vertenza non cambierebbe. Infine, riguardo all'eventuale avanzamento professionale va fatto presente che semplici ipotesi teoriche non sono sufficienti ; necessario è infatti che tale aspetto sia suffragato da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata), ciò che non risulta essere stato fatto valere in concreto e tantomeno reso verosimile. 2.5.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro

(DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza 8C\_695/2015 del 19 novembre 2015, il Tribunale federale ha applicato, per la determinazione dei redditi da raffrontare, l'edizione 2012 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), senza alcuna particolare riserva (si vedano pure, ad esempio, le sentenze UV.2014.00277 del 31 agosto 2015 consid. 3.2.2 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo e 200 2015 853 del 17 dicembre 2015 consid. 4.6.2 del Tribunale amministrativo del Canton Berna). In una sentenza 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 3.4, il Tribunale federale ha confermato l'applicazione da parte del Tribunale amministrativo federale, per la determinazione dei redditi da raffrontare, dell'edizione 2010 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), considerato che la decisione amministrativa litigiosa era stata emessa il 4 gennaio 2013 e l'UAIE non poteva pertanto disporre dei dati del 2012, la cui pubblicazione era avvenuta solo nel corso del mese di ottobre 2014 (cfr. lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, UFAS, del 22 ottobre 2014), consolidando così la giurisprudenza secondo la quale sono determinanti i dati statistici più attuali a disposizione al momento della decisione di rendita (cfr. STF 8C\_78/2015 del 10 luglio 2015 consid 4 e 9C\_526/2015 dell'11 settembre 2015 consid. 3.2.2).

2.5.2.1 Nel caso concreto, ritenuto come l'assicurato abbia terminato con successo la riformazione professionale quale impiegato di commercio al dettaglio ottenendo il relativo attestato di capacità, il reddito da invalido è stato determinato utilizzando i dati statistici non avendo in seguito l'assicurato lavorato in quel settore. In particolare: "(...) Reddito da invalido: Secondo le tabelle RSS, il reddito di riferimento è quello del settore 47 (Commercio al dettaglio) skill level 2 (ottenimento AFC). Tali tabelle rilevano che il reddito statistico mensile per un uomo nel 2014 ammonta a CHF 4'950.00 (CHF 4'876.00 nel 2012 aggiornato) per 41.8 ore lavorative settimanali. Il reddito annuale ammonta dunque a CHF 62'073.00 (4950 / 40 \* 41.8 \* 12). Considerando la IL del 20% in attività adeguata, come da rapporto finale SMR del 12.05.2011, ne risulta un reddito di CHF 49'658.00 . (...)” (Doc. AI 155)

2.5.2.2 Il ricorrente sostiene che debba essere tenuto conto di una riduzione sociale del 15%: "(...) L'assicurato è quindi persona di origini straniere di 53 anni, che ha lavorato quasi sempre quale manovale/muratore, che a causa di un infortunio al braccio non può più del tutto potuto svolgere attività né pesanti, né medio-pesanti e che presenta limitazioni funzionali importanti (almeno 20%) anche in attività ritenute leggere o molto leggere, ritenute adeguate. In queste condizioni si deve

ammettere una riduzione sociale del 15% sia per le circostanze concrete legate al fatto che egli da un'attività pesante deve "passare" ad un'attività leggera (5% per cambiamento di attività), sia per il fatto che è limitato alle attività leggere (5% attività leggere) sia per il fatto che anche in attività leggera egli presenta limitazioni funzionali importanti non del tutto considerate dall'inabilità lavorativa del 20% (5% per limitazioni funzionali). Si pensi come (ciò che verrà meglio esposto in seguito) anche nella vendita vi siano attività che il signor RI 1 non può fare o non può fare in maniera completa e piena e ciò al di là dell'inabilità del 20% riconosciuta dall'UAI. Tutto considerato egli si trova comunque gravemente penalizzato rispetto ai lavoratori cui i dati statistici per la maggior parte si applicano. (...)" (Doc. I pag. 5) A tal riguardo l'Ufficio AI ha ricordato: "(...) che la riforma nell'attività di impiegato del commercio al dettaglio è stata proposta dall'assicurato stesso (cfr. in tal senso lo scritto 17.07.2013 sub. doc. 85 incarto AI). Si tratta di un'attività adeguata ad hoc - scelta appositamente dall'assicurato (in accordo con l'Ufficio AI) dopo aver eseguito ben tre accertamenti professionali in questo ambito (uno presso il Centro professionale di \_\_\_\_\_ (doc. 96 e 98 incarto AI), uno presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 101 e 102 incarto AI) ed uno presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 105 e 107 incarto AI)) motivo per cui non vi è spazio alcuno per l'applicazione di eventuali riduzioni sociali sul reddito statistico da invalido determinato dall'Ufficio AI (come è invece il caso quando l'amministrazione si riferisce al valore centrale (livello di competenze 1) della Tabella TA1 dell'ISS la quale comprende un ampio ventaglio di attività adeguate). Va poi rammentato che al momento di intraprendere la riforma professionale quale impiegato del commercio al dettaglio (come pure al momento di effettuare i vari accertamenti professionali summenzionati) erano già presenti – dal punto di vista medico – tutte le limitazioni funzionali elencate all'interno del rapporto finale SMR sub. doc. 46 incarto AI (il quale riprende a sua volta le diverse limitazioni enumerate dal Dr. med. \_\_\_\_\_ sub. doc. 23 incarto LAINF). Dal mese di ottobre 2013 in poi, l'assicurato – con i limiti funzionali (già) presenti – ha pertanto dimostrato di poter svolgere nella misura dell'80% e senza alcun problema di sorta l'attività di impiegato del commercio al dettaglio (per la quale è stato appositamente riformato dall'UAI sull'arco di due anni). La richiesta di applicare una riduzione del 5% (per cambiamento di attività) va perciò respinta. Del resto, il Dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR dell'AI — prendendo esplicitamente posizione sui certificati 21.06.2016 del Dr. med. \_\_\_\_\_ e 04.08.2016 del Dr. med. \_\_\_\_\_ (inviati all'amministrazione dopo la conclusione della riforma professionale in parola) – ha ribadito, all'interno della sua annotazione del 29 agosto 2016, che "la certificazione medica attuale non dimostra una sostanziale modifica dello stato di salute. L'assicurato mantiene una CL dell'80% in attività rispettosa dei limiti funzionali. L'attività di impiegato di commercio al dettaglio risulta rispettosa dei limiti funzionali.". (cfr. anche in tal senso il doc. 151 incarto AI). Per quanto riguarda infine gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute, si ricorda altresì che il rapporto finale SMR del 12.05.2011 agli atti ha (già) incluso nella propria valutazione una riduzione (per attività leggere confacenti) pari alla percentuale del 20%, motivo per cui anche la richiesta di applicare un'ulteriore riduzione del 10% (5% per attività leggere e 5% per limitazioni funzionali) va disattesa. In definitiva, la riduzione sociale del 15% (da applicare sul reddito statistico da invalido) richiesta da controparte va integralmente respinta. (...)" (Doc. IV pag. 4) Ora, viste le succitate dettagliate e convincenti motivazioni, tenuto inoltre conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo TCA ritiene

che non operando la chiesta decurtazione l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. 2.5.2.3 L'assicurato si è inoltre lamentato che l'Ufficio AI non ha applicato il principio del parallelismo dei redditi e che quindi non ha tenuto conto della differenza di salario ( gap salariale ). Egli ha infatti sostenuto: " (...) Si impone inoltre e comunque una riduzione per gap salariale. Si consideri pure (ciò che come detto in precedenza è errato) che nel 2014 il signor RI 1 avesse avuto diritto ad un salario di CHF 68'549.- come (genericamente ed erroneamente) indicato dall'ex datore di lavoro. Secondo i dati statistici nel 2014, per un dipendente skill-level 2, il salario sarebbe stato nel settore della ostruzione (41-43) di CHF 5'888.- mensili per 12 mensilità annue e 40 ore di lavoro la settimana (cfr. tabelle TA1). Portando questo dato alle 45h di lavoro settimanali del signor RI 1, si ottengono CHF 6624.-, pari a CHF 79'488.- annui. Ma anche utilizzando il numero medio di ore di lavoro, pari a 41.7 settimanali, si ottiene un reddito annuo di CHF 73'659.-. Questo dato, parificato al reddito ipotetico da valido di CHF 68'549.- corrisponde ad un gap salariale del 13.75%, rispettivamente del 6.94%. Ciò impone una deduzione per gap salariale del 8.75%, rispettivamente del 1.94%. (...)” (Doc. I pag. 3-4) A questo proposito va ribadito 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. Non v'è una presunzione in tal senso (STF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2; STF 9C\_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 8.4). Il Tribunale federale ha riconosciuto che se un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Il parallelismo dei redditi tiene quindi conto della circostanza che l'assicurato da invalido non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscergli un salario da invalido conseguentemente più basso. Per contro, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile, rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio di tale reddito (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4). In sostanza, nel parallelismo dei redditi il confronto va effettuato tra quanto effettivamente realizzato prima dell'evento assicurato e la media svizzera usuale nel settore specifico. Inoltre, il parallelismo dei redditi si giustifica non solo in ragione della differenza considerevole (già una differenza del 5% è sufficiente per apparire considerevole) tra il reddito effettivamente conseguito e quello mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico, ma anche e soprattutto per l'involontarietà di questa differenza. L'assicurato non può infatti fare ricadere sulla collettività degli assicurati le conseguenze di una sua scelta personale. In simile evenienza nessun intervento, anche solo parziale, può essere richiesto dall'AI (STF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 3; STF 9C\_430/2013 del 22 luglio 2013). Nel caso di specie, correttamente in sede di risposta l'amministrazione ha evidenziato: " (...) Nel caso concreto, il Signor RI 1 - al momento dell'assunzione e della sottoscrizione del contratto di lavoro presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (avvenuta il 1° aprile 2008) - era già in possesso dell'attestato di capacità quale muratore (soprastruttura). Di conseguenza, sottoscrivendo il contratto di lavoro con la ditta summenzionata, l'assicurato ha dimostrato di (spontaneamente e volontariamente)

accontentarsi del salario che gli veniva corrisposto (e ciò anche se - in considerazione del suo attestato di capacità quale muratore (soprastruttura) - egli avrebbe potuto ambire, secondo le argomentazioni di controparte, a dei salari di categoria superiore). Alla luce di quanto sopra descritto, secondo lo scrivente Ufficio può essere ritenuto che il qui ricorrente - per motivi estranei all'invalidità - si sia deliberatamente accontentato del salario che gli è stato corrisposto dalla ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. In tale evenienza, quindi, il parallelismo dei redditi non è assolutamente applicabile. (...)” (sottolineatura del redattore; doc. I pag. 3) Certo, a tale riguardo nelle osservazioni 29 maggio 2017 il ricorrente ha giustamente evidenziato che se il datore di lavoro non rispetta il CCL d'obbligatorietà generale "... non può essere addotto quale motivo a discapito del lavoratore invalido. Sarebbe come ratificare un abuso e penalizzare doppiamente il lavoratore ” (VIII). Va comunque ricordato che l'assicurato, benché di origini \_\_\_\_\_, è cittadino svizzero, ha lavorato tre anni (2000 -2003) in un albergo a \_\_\_\_\_ e dall'ultimo datore di lavoro dal 2004 al 2010 (cfr. valutazione professionale del 31 ottobre 2013 in doc. 98 incarto AI). Pertanto, queste circostanze portano a concludere che l'assicurato si è accontentato del reddito che la \_\_\_\_\_ ha versato in tutti questi anni. Una diversa conclusione non può quindi essere tratta, dato che non risulta che l'assicurato abbia messo in atto sforzi particolari, nel corso di questi anni, per cambiare attività ed ottenere in questo modo un salario superiore, rispettivamente di aver denunciato un salario inferiore al CCL. Tuttavia, volendo riconoscere per mera ipotesi di lavoro un gap salariale dell'1.44% come correttamente calcolato dall'Ufficio AI nelle osservazioni 9 giugno 2017, tenuto inoltre conto della riduzione medica del 20%, il reddito da invalido ammonta a fr. 48'943,30 che raffrontato al reddito da valido sostenuto dall'assicurato (fr. 79'781,10) non permette tuttavia di giungere ad un'invalidità del 40% ( $[79'781,10 - 48'943,30] \times 100 : 79'781,10 = 38,65\%$  arrotondato al 39% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va confermata ed il ricorso respinto. 2.6. 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.