

TI_GERICHTE 32.2018.170 vom 20. August 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-08-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.170

FR: TI_GERICHTE 32.2018.170 du 20 août 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2018.170 del 20 agosto 2019

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In particolare, l a costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. p. 4; RCC 1989 p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). 2.4. Nella fattispecie concreta, a seguito dalla seconda domanda di prestazioni l'Ufficio AI aveva ordinato una perizia pluridisciplinare al SAM. Nel rapporto peritale datato 31 luglio 2008, i periti, fondandosi anche su valutazioni specialistiche esterne di natura psichiatrica, neurologica e reumatologica, avevano ritenuto l'assicurato abile al 40% nell'attività a suo tempo esercitata (manovale/muratore), ma abile al 100% in altre attività di tipo medio-leggero in cui "possa alternare le posizioni sedute e quella eretta ed alla deambulazione, possa lavorare in posizioni ergonomiche e non debba alzare ripetutamente pesi superiori ai 15 kg (..)" (pag. 190 inc. AI). Tale situazione rispecchiava in sostanza quella presente al momento della prima decisione di rifiuto, motivo per cui con decisione del 5 giugno 2009 l'amministrazione aveva respinto la seconda domanda di prestazioni (cfr. consid. 1.2). Inoltrata la terza domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha richiamato le perizie reumatologica e quella psichiatrica eseguite rispettivamente dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____ per conto di _____. Nel rapporto 7 gennaio 2017 lo specialista in reumatologia, dr. med. _____, visitato l'assicurato, riassunti gli atti medici, tenuto conto della consueta anamnesi e dell'esame clinico ha posto le diagnosi: " ... sindrome panvertebrale cronica, in alterazioni degenerative cervicali e lombari, esiti da morbo di Scheuermann, disturbi statici del rachide (appiattimento dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, tendenza fibromialgica (8 su

E. 18

punti fibromialgici positivi), periartropatia omeroscapolare bilaterale, in rottura parziale sul versante articolare del tendine del sovraspinato in sede inserzionale a destra, artrosi

acromeoclaveare a destra, epicondilopatia omeroradiale a sinistra, piedi traversopiatti bilaterali con alluci valghi e dita a martello. (...)” (pag. 214-215 inc. LAINF) Esposti in dettaglio i limiti funzionali, il perito ha ritenuto l’assicurato abile al 100% in attività leggere a tempo pieno a partire dalla valutazione del dr. _____ dell’8 aprile 2016, il quale aveva sostenuto una piena abilità in attività adeguate. In merito all’attività di autista di autocarri, iniziata dall’assicurato il 26 febbraio 2010 (rapporto lavorativo disdetto per il 31 luglio 2016; cfr. lettera 19 luglio 2016 del datore di lavoro in pag. 380 inc. AI), che prevedeva anche il carico e lo scarico della merce, il dr. med. _____ l’ha ritenuta non idonea poiché non rispecchiante i limiti funzionali e di carico elencati, tenendo inoltre conto che per motivi di sicurezza l’assicurato non è in grado di guidare autocarri dovendo assumere farmaci limitanti la concentrazione e la vigilanza. Il perito ha poi ricordato che nel mese di dicembre 2016 l’assicurato è stato sottoposto a colecistectomia, motivo per cui al chirurgo viscerale andava chiesto di stabilire quando l’assicurato, per le patologie di sua competenza, può riprendere il lavoro. Il dr. med. _____ ha infine suggerito di eseguire una perizia psichiatrica (doc. 3 inc. Cassa malati). Con rapporto 20 febbraio 2017 lo psichiatra dr. med. _____, esaminata la perizia reumatologica, sottoposto l’assicurato ad una visita ambulatoriale, non ha riscontrato alcuna patologia extra-somatica (doc. 4 inc. Cassa malati). Considerate le incapacità lavorative riconosciute dalla _____ a seguito dell’infortunio del 25 giugno 2013 (l’assicurato è stato colpito da un portellone di un camion con trauma cranico, contusione/distorsione colonna, spalla sinistra e polso sinistro) e della ricaduta del 19 novembre 2015 (100% dal 25.06.2013, 50% dal 22.07.2013, 0% dal 11.09.2013, 100% dal 19.11.2015, 0% dal 20.06.2016), tenuto conto delle due succitate perizie, con rapporto 4 luglio 2017 il dr. med. _____ del SMR ha ritenuto l’assicurato inabile nella sua abituale attività, ma abile al 100% dall’8 aprile 2016 (data della valutazione del dr. med. _____ alla quale il perito dr. med. _____ ha fatto riferimento) in attività adeguate rispettose delle limitazioni funzionali e di carico, eccetto i due mesi successivi all’intervento di colecistectomia del dicembre 2016. Con il presente ricorso l’assicurato contesta la succitata valutazione medico-teorica. 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell’AI o dagli assicuratori privati, in sede di

istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i _____ nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.6. Nell'evenienza concreta, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio dei rapporti medici di cui al considerando precedente, questo Tribunale – per i motivi di seguito adottati – non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il SMR sulla base delle perizie reumatologica e psichiatrica eseguite per conto della _____. Dal punto di vista somatico non vi sono motivi per non aderire a quanto valutato nel rapporto 7 gennaio 2017 dal dr. med. _____, il quale, esaminati attentamente gli atti, dopo una dettagliata e convincente valutazione ha confermato la piena abilità lavorativa in attività adeguate. L'assicurato rileva divergenze diagnostiche tra quelle poste dal dr. med. _____ e quelle indicate dal suo medico curante, dr. med. _____, nel rapporto 21 novembre 2016 (doc. 106 inc. AI) il quale, a detta del ricorrente, riporta maggiori e pronunciati disturbi in ambito lombare (ad esempio: contatto disco radicolare e interessamento della radice L4-L5, del traumatismo cranico e distorsivo della colonna vertebrale ed ernia cervicali con contatto foraminale). A prescindere dal fatto che, secondo giurisprudenza per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio

2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234), va rilevato che tali diagnosi sono le stesse menzionate dal medico curante nel rapporto 21 giugno 2016 che è stato esaminato dal dr. med. _____, specialista in reumatologia (cfr. pag. 6 della perizia). Va inoltre rilevato che il perito ha esaustivamente e dettagliatamente valutato le conseguenze di sua competenza dovute all'evento infortunistico del 25 giugno 2013, nonché tutta la documentazione medica relativa alla procedura LAINF. La perizia, come detto, è stata fatta propria dal SMR nelle annotazioni 4 luglio 2017 (doc. 123 inc. AI). Né del resto l'assicurato ha prodotto documentazione medica che permette di discostarsi dalle valutazioni finali del SMR. Pendente causa, facendo presente che il 12 dicembre 2018 dovrà essere sottoposto ad un intervento chirurgico al ginocchio sinistro, con osservazioni 3 dicembre 2018 il ricorrente ha prodotto due certificati medici. Il primo, è il rapporto 26 novembre 2018 del medico curante dr. _____, il quale, riportate le diverse diagnosi di cui il suo paziente è portatore, ha proceduto ad un esame clinico. In merito all'inabilità lavorativa egli ha precisato: " (...) Molto riservata in quanto il paziente lavorava come autista del camion (causa dei dolori alla colonna vertebrale ingravescenti), ed in più la situazione si sta complicando a causa di una sindrome ansioso-depressiva con difficoltà della concentrazione in parte indotta dalla medicalizzazione in corso e cronicizzazione. (...)” (Doc. VII) Il medico curante ha poi concluso che, secondo il suo giudizio, “ visto il decorso non favorevole con importante cronicizzazione per gran parte delle patologie summenzionate, attualmente è inabile al lavoro dal 100% in qualsiasi attività”. Il secondo atto medico è il rapporto 5 novembre 2018 dello psichiatra dr. med. _____ che rileva: " Liberatomi dal segreto medico, segnalo quanto segue, per il mio paziente summenzionato, che ho rivisto la seconda volta il 22.05.2018. In effetti, già nel corso del 2007, il paziente ha presentato uno stato depressivo per il quale è stato necessario un trattamento specialistico. Attualmente, il paziente prende contatto con me per uno stato depressivo, legato ad una cattiva integrazione della problematica somatica. Si è così, riattivato un vissuto depressivo, caratterizzato da un'insonnia, ruminazione mentali non ossessiva, iponimia, perdita dell'energia vitale, abbattimento. Il paziente è stato messo al beneficio di un trattamento antidepressivo e antipsicotico. L'evoluzione, per quanto concerne la componente depressiva, appare soddisfacente, tuttavia il paziente rimane fragile, vulnerabile allo stress e alla persistenza della nota patologica somatica.” (doc. VI2) La succitata documentazione è stata valutata dal dr. _____ del SMR, il quale nelle annotazioni 10 dicembre 2018 ha evidenziato: " I certificati medici dei curanti inviati al rappresentante legale (Dr. _____ 5.11.2018 e dr. _____ – recte: _____, n.d.r. – 26.11.2018) non apportano novità obbiettivabili sia in quanto a diagnosi che cliniche funzionali rispetto a quanto già noto in dossier e riassunto nel rapporto finale del 4.7.2017 che si basa su esami peritali sia reumatologico che psichiatrici. Alla luce ciononostante di questi certificati si evince che il paziente ha ripreso contatto con il dr. _____ psichiatra e per questo non si esclude un cambiamento delle esigibilità per attività adeguate ergonomicamente a partire dal 5.11.2018 data del certificato poiché vi è indicato ... attualmente il paziente prende contatto con me ... Riguardo alla documentazione RA 1 del 3.12.2018 inviata al TCA: si viene a conoscenza che in data 12.12.2018 l'Ato verrà sottoposto a intervento ortopedico al ginocchio. (...)” (doc. VIII1) Alla luce delle summenzionate annotazioni l'Ufficio AI ritiene che la questione di un eventuale peggioramento dello stato di salute esuli dal potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali. A tal riguardo va ricordato per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata

(DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), nel caso in esame fino all'11 settembre 2018. Per quel che concerne il succitato rapporto del medico curante, questo TCA non può che concordare con quanto ritenuto dal SMR, poiché il dr. med. _____ non ha posto nuove diagnosi né ha attestato una situazione clinica differente da quella esaminata dal dr. med. _____. In questo contesto non è del resto necessario, come sostenuto dal ricorrente, un aggiornamento della situazione neurologica. A tal riguardo va fatto presente che il neurologo dr. med. _____ nella sua valutazione del 18 giugno 2008, resa nell'ambito della perizia _____ del 31 luglio 2008, non aveva riscontrato alcuna inabilità lavorativa (pag. 210 inc. AI). Neppure dall'esame neurologico cursorio fatto sia dal dr. med. _____ (pag. 17 della perizia) che dal medico curante (cfr. il citato rapporto 26 novembre 2018) è risultato un deficit sensitivo o motorio. In merito alla problematica al ginocchio sinistro, a seguito della quale l'assicurato in data 12 dicembre 2018 è stato sottoposto ad un intervento di artroscopia (cfr. il rapporto definitivo 3 gennaio 2019 della Clinica _____ in doc. XII/1), in effetti si tratta di un'evoluzione successiva alla decisione contestata e quindi esula dal potere cognitivo di questa Corte. Ciononostante, rettamente l'assicurato sottolinea che “ la sintomatologia a questo arto è presente da anni, tant'è che si tratta del terzo intervento subito dal ricorrente. Il primo riguardava il menisco, il secondo una cisti ed il terzo ancora il menisco ”, motivo per cui “ trattasi di una patologia presente ben prima che la decisione sia stata resa ” (cfr. osservazioni 29 gennaio 2019 in doc. X). Va al riguardo evidenziato che nella sua perizia il dr. med. _____ ha compiutamente valutato la problematica ad entrambe le ginocchia, non solo quindi quella relativa al ginocchio sinistro (pag. 12 della perizia), definendo, nell'ambito dell'esigibilità in un'attività adeguata, i limiti funzionali (“... l'assicurato può talvolta assumere la posizione inginocchiata, di rado la posizione accovacciata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia ; pag. 13 della perizia). Né del resto agli atti risulta documentato un peggioramento. Certo che, come detto, si è resa necessaria un'artroscopia il cui esito, come si desume dal relativo rapporto, è risultato tuttavia positivo. Riguardo all'aspetto extra-somatico, corrisponde al vero che l'assicurato si è rivolto dallo specialista il 22 maggio 2018, quindi prima della decisione contestata. Tuttavia la situazione descritta fa riferimento alla stesura del rapporto fatto il 5 novembre 2018 (“ attualmente ...”), quindi successivamente all'11 novembre 2018. Va poi evidenziato che il succitato specialista ha valutato la componente depressiva come soddisfacente grazie al trattamento intrapreso, anche se l'assicurato presenta delle fragilità. In questo contesto non vi è da ritenere subentrato, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, un rilevante peggioramento extra-somatico prima dell'11 settembre 2018. Un eventuale peggioramento dello stato di salute, sia somatico che psichiatrico, con conseguente aumento dell'inabilità lavorativa successivo alla decisione contestata potrà essere valutato, previo inoltro della pertinente documentazione medica, nell'ambito di una nuova domanda di rendita. In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze delle perizie reumatologica e psichiatrica nonché la valutazione del SMR, alle quali va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che il ricorrente, sino al momento della decisione contestata, risulta

abile al 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali e di carico. 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il cui calcolo, rimasto incontestato, è stato esposto nella decisione impugnata. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Quale reddito da valido l'amministrazione, fondandosi su quanto comunicato dall'ex datore di lavoro (doc. 138 inc. AI), ha rettammente preso in considerazione l'importo di fr. 70'081.--, adeguato al 2018. 2.7.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80

consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Ritornando al caso in esame, nel rapporto 29 maggio 2018, al cui tenore va fatto riferimento, il consulente IP ha elencato le diverse attività esigibili (doc. 144 inc. AI). Conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2014) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) per un salario mensile, aggiornato al 2016, di fr. 5'367,56.--. Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 67'148,21 per un impiego a tempo pieno (stato 2016). Considerata un'abilità del 100%, riconosciuta una riduzione totale del 10% per attività leggere, il reddito da invalido è stato quantificato in fr. 60'433.-- (cfr. rapporto 17 aprile 2018 del consulente IP in pag. 399 incarto AI). Dal raffronto dei redditi da valido e invalido risulta un grado d'invalidità del 13,77%, arrotondato a 14% come da DTF 130 V 121. Seppur l'amministrazione non ha adeguato al 2018 (momento della decisione contestata) il reddito da valido, tale omissione risulta irrilevante ai fini dell'esito poiché l'eventuale aggiornamento non permetterebbe di portare l'invalidità ad un grado pensionabile. Di conseguenza l'amministrazione ha retamente respinto la domanda di prestazioni. In conclusione, visto quanto sopra, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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