

## **TI\_GERICHTE 32.2018.64 vom 23. März 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-03-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.64)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.64 du 23 mars 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.64 del 23 marzo 2018

### **Regeste**

L'amministrazione concede un quarto di rendita all'assicurato che ritiene invece di aver diritto ad una rendita maggiore. TCA conferma il provvedimento

### **Erwägungen**

#### **E. 50**

% dal 06.10.2016 0%. Al fine di meglio chiarire concretamente l'impatto delle conseguenze del danno alla salute per rapporto all'adempimento di un'attività ritenuta perlomeno adeguata, abbiamo effettuato il confronto dei redditi che esponiamo qui di seguito. Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta dall'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TAI 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 (STFA 12 ottobre 2006 nella causa s., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cf. DTF 126 V 75). Reddito da valido Nel caso concreto, senza il danno alla salute nella sua abituale professione quale \_\_\_\_\_ nell'anno 2016 ha potuto conseguire CHF 109'630.-. Reddito da invalido Malgrado il danno alla salute, tenuto conto delle limitazioni mediche e con una capacità lavorativa del 100 % in attività adeguate, potrebbe invece conseguire CHF 63'790.80 (tabella RSS elaborata dall'Ufficio federale di statistica (attività semplici e ripetitive, valore mediano) settore maschile, riduzione complessiva dal reddito da invalido del 5% per attività leggera e altri fattori di riduzione). Il confronto dei redditi permette dunque di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI come segue:  $109'630 - 63'790.80 \times 100 = 42\%$ . 109'630 La pratica è stata in seguito sottoposta ad esame del nostro consulente in integrazione professionale il quale conferma che può proseguire la sua attività nella misura del 50 % come in atto dall'ottobre 2016. Qualora si dovesse trovare una soluzione adeguata all'interno delle \_\_\_\_\_, si potrà mettere in atto l'aiuto al collocamento. AUDIZIONE In sede di audizione, le osservazioni formulate da RA 1 e l'annessa certificazione medica sono state sottoposte al nostro Servizio Medico Regionale, il quale, dopo attenta analisi e riflessione, ha riconfermato la bontà della propria presa di posizione, in assenza di elementi in grado di consentirgli di discostarsi da quanto oggettivato in precedenza. Alla luce di quanto sopra, viene riconfermato in toto il contenuto del progetto di decisione del 16.01.2018." (doc. AI 95) Di fronte al TCA il ricorrente non ha prodotto altra documentazione medica. 2.6. 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). 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 d'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). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) 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 Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) 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). 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). 2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, bisogna concludere che l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che, malgrado le diagnosi evidenziate dai medici interpellati, e meglio "ICD10 F33.1 Sindrome depressiva ricorrente, episodio depressivo di media gravità", oltre alle

diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di “Stato dopo bypass gastrico 2.2012, Sindrome delle apnee notturne, Ipertensione arteriosa trattata, Stato dopo frattura falange III dito piede Sn (07.2015), Stato dopo cura osteofita metatarso I piede ds (2014)”, se andava ammessa un’inabilità del 50% nella precedente professione di macchinista, in un’attività adeguata al suo stato di salute l’abilità era da considerare integra. Adeguata era da considerare un’attività che osservasse le limitazioni i funzionali poste quali “ Ridotta persistenza, ridotta capacità di apprendimento di nuove informazioni, ridotta tolleranza allo stress” e quindi un’attività con basso carico di responsabilità, in ambiente di lavoro poco stressante e non competitivo” (doc. AI 83) . Lo stato di salute dell’assicurato è stato approfonditamente vagliato sulla base delle valutazioni del dr. \_\_\_\_\_ del 21 dicembre 2017 (doc. AI 83) e non vi è quindi motivo per metterne in dubbio le dettagliate e convincenti conclusioni. In effetti, nel suo rapporto lo psichiatra del SMR, dopo aver valutato la documentazione agli atti ed effettuato un esame clinico, aver illustrato lo sviluppo della malattia e i risultati della terapia intrapresa, così come l’andamento della vita quotidiana dell’assicurato e i disturbi soggettivi (insonnia, difficoltà di concentrazione, stanchezza diurna, difficoltà nell'apprendimento di nuove informazioni, senso di inutilità, depressione del tono dell'umore, facile esauribilità), ne ha illustrato come segue lo stato: " (...) Status: L'assicurato non presenta disturbi dello stato di coscienza, dell'orientamento. Presenta disturbi della concentrazione (medio), disturbi della memoria di fissazione (lieve). Si evidenziano disturbi formali del pensiero: povertà di pensiero (lieve). Non si evidenziano fobie e sintomi compulsivi e ossessivi. Non appaiono deliri, disturbi della percezione, disturbi della coscienza dell'io. Emergono disturbi dell'affettività: umore depresso (medio), anestesia affettiva (lieve), sentimento di perdita della vitalità (lieve), sentimento di insufficienza personale (medio), labilità affettiva (lieve). Si evidenzia diminuzione della carica vitale (lieve), ritiro sociale (lieve), insonnia da risvegli multipli (medio), sonnolenza diurna (medio), compromissione del funzionamento sociale e lavorativo (medio). Da quanto emerge dal colloquio e dalla storia di vita dell'assicurato, le rappresentazioni del Se e dell'oggetto sono nettamente differenziate, l'identità è integrata, vengono impiegate difese di alto livello, repressione, razionalizzazione. È mantenuta la capacità di esaminare la realtà. Tutto ciò propende per una organizzazione di personalità nevrotica secondo Kernberg. Secondo i criteri MINI-ICF, emerge una significativa compromissione funzionale, nel ruolo di macchinista FFS, a causa del disturbo psichiatrico. In particolare: 1. Rispetto delle regole - Nessuna disabilità 2. Organizzazione dei compiti - Lieve disabilità 3, Flessibilità - Nessuna disabilità 4. Competenza - Nessuna disabilità 5. Giudizio - Nessuna disabilità 6. Persistenza - Moderata disabilità 7. Assertività - Nessuna disabilità 8. Contatto con gli altri - Nessuna disabilità 9. Integrazione nel gruppo - Nessuna disabilità 10. Relazioni intime - Nessuna disabilità 11. Attività spontanee - Lieve disabilità 12.Cura di sé - Nessuna disabilità 13. Mobilità - Nessuna disabilità (...)" Da qui la conclusione per cui un’attività con basso carico di responsabilità, in ambiente di lavoro poco stressante e non competitivo, con scarso contatto con il pubblico, era da considerare adeguata alle condizioni di salute, con capacità lavorativa piena. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo giudice non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_, il quale ha compiutamente valutato le problematiche di cui l’assicurato è portatore, basandosi sia sulla documentazione medica agli atti che su una visita clinica, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. Del resto, contrariamente a quanto vorrebbe far dubitare il ricorrente, la valutazione del SMR è avvenuta nell’ambito di una procedura probatoria strutturata e

rispettosa dei principi posti dalla giurisprudenza del TF per l'esame dei casi nei quali è richiesta una rendita in presenza di disturbi psichici (cfr. in esteso al consid. 2.4 che precede), come confermato dallo stesso SMR nello scritto 25 maggio 2018 (doc. VI). Val qui pure la pena ancora di osservare, con riferimento anche a quanto esposto al consid. 2.4 e alla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (STF 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017), che la valutazione del SMR non ha applicato la presunzione secondo cui i disturbi psichiatrici possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile e non si è limitata a rilevare che le problematiche psichiatriche di cui soffre l'assicurato non sono resistenti alla terapia, ma ha verificato l'incapacità lavorativa del ricorrente sulla base di una valutazione puntuale ed oggettiva. Del resto, le valutazioni del perito del SMR non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alle predette valutazioni mediche e entro la data della decisione contestata, ritenuto come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). In effetti, l'unico documento prodotto dall'assicurato, in fase di osservazioni al progetto di decisione, non permette manifestamente di dipartirsi dalle conclusioni mediche dell'amministrazione sulla capacità medico-teorica dell'assicurato. Quest'ultimo si è in effetti limitato a produrre uno scritto della dr.ssa \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_ del 14 novembre 2017, nel quale, riferito della comunicazione da parte del curante per cui la situazione era stabile con abilità al lavoro al 50%, la dottoressa afferma unicamente che "considerando i ripetuti problemi di salute in passato e il decorso fino adesso, non è ragionevole voler aumentare attualmente la capacità lavorativa e secondo il parere del medico anche in futuro, tuttavia sarà da valutare l'evoluzione futura", proponendo in conclusione una rivalutazione fra sei mesi (doc. AI 91). Ora, tale documento, steso da una dottoressa della quale peraltro nemmeno si conosce un'eventuale specializzazione o il campo di attività, non solo non indica minimamente per quale motivo l'assicurato sarebbe parzialmente inabile al lavoro e non si pronuncia sull'abilità lavorativa in un'attività adeguata, ma nemmeno menziona alcuna diagnosi. Lo stesso non permette quindi di dipartirsi dalle conclusioni dell'amministrazione, come peraltro espressamente affermato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR nell'Annotazione del 26 febbraio 2018 (doc. AI 93). Né lo consentono le certificazioni dello psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_, acquisite nel corso della procedura amministrativa e peraltro antecedenti alla valutazione del SMR. In effetti, nel suo rapporto all'AI del 24 aprile 2017 il medesimo si era limitato a diagnosticare una Sindrome depressiva ricorrente, osservando come "data la professione "delicata e di responsabilità e gli elementi clinici presenti, stimo la capacità lavorativa come macchinista ridotta al 50%. Per il restante 50% si potrebbe impiegare il paziente in mansioni d'ufficio, con orari più regolari e valutarne così l'evoluzione. Rimetterlo al 100% al lavoro come macchinista, non appare attuabile, qualora lo fosse le possibilità di peggioramento potrebbero essere alte"(doc. AI 58). Tali conclusioni coincidono quindi sostanzialmente con quelle del perito SMR. Parimenti il dr. \_\_\_\_\_, nel successivo rapporto del 24 agosto 2017, ha confermato la medesima diagnosi e pure la conclusione di inabilità come macchinista del 50% dal 6 ottobre 2016, a motivo di "disturbi cognitivi, ipoenergia, esauribilità". Il medesimo ha osservato che il paziente nel corso degli anni aveva sviluppato sempre più una fragilità agli stressor ed una esauribilità con rischio maggiore di scompenso. Egli attualmente, nonostante la terapia farmacologica ed il sostegno, "faticava" a rientrare, persistendo una resialità depressiva di difficile risoluzione

caratterizzata da difficoltà di concentrazione, attenzione, esauribilità, spossatezza, umore instabile, tolleranza ridotta allo stress. Pertanto data la professione delicata e di responsabilità, gli elementi clinici e l'osservazione di questi anni stimo la CL ridotta del 50%. Negli anni date le difficoltà, si è richiesto una dispensazione dai turni tra le ore 24 e le 5.00" (doc. AI 76). Ora, tali conclusioni confermano, sia dal punto di vista diagnostico che di quello della capacità lavorativa, almeno per quel che concerne l'attività abituale di macchinista, quelle tratte dal SMR e dall'Ufficio AI. Dalle stesse non è quindi possibile dipartirsi. Per quanto riguarda la capacità lavorativa in un'attività adeguata, la conclusione (del 50%) attestata (assai genericamente) dal dr. \_\_\_\_\_ non consente esito diverso. Egli si è in effetti limitato a precisare che la riduzione sarebbe dovuta alle "caratteristiche del quadro psicopatologico e l'evoluzione cronica recidivante", non apportando tuttavia elementi diversi rispetto a quelli poi accertati compiutamente dal SMR. Del resto il curante, successivamente alla valutazione del SMR, non ha più fatto pervenire alcuna ulteriore presa di posizione. In queste condizioni le – parziali – divergenze nella conclusione circa l'abilità lavorativa dell'assicurato in un'attività adeguata, configurano in sostanza semplicemente una diversa valutazione delle ripercussioni sulla capacità lavorativa delle medesime affezioni diagnosticate, che non permette di dipartirsi dalle conclusioni del SMR. Osservato come 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), le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, che non hanno potuto venir confermate dal dr. \_\_\_\_\_, non consentono di dipartirsi dalle approfondite conclusioni della valutazione allestita dal SMR, alla quale questo giudice non può quindi che aderire. 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. 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). In realtà, l'assicurato non contesta in modo motivato la valutazione e le conclusioni del SMR, e più in generale gli accertamenti condotti dall'amministrazione, ma esprime in definitiva un dissenso puramente soggettivo. Egli non ha in effetti apportato il benché minimo elemento atto a mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI, non avendo prodotto, nel corso della procedura amministrativa e nemmeno in questa sede, documentazione medica idonea a contraddirne le conclusioni. Va qui ricordato infine che se

da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Rispecchiando quindi la valutazione del SMR, unitamente alla documentazione agli atti, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.6), richiamato pure 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, se del caso cambiando attività professionale (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che a decorrere dal mese di ottobre 2016 l'insorgente presenta un'inabilità lavorativa del 50% nella sua attività lavorativa di macchinista, ma un'abilità completa in attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali elencati dal medico SMR. Visto quanto sopra, 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 rendano necessari ulteriori accertamenti. 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 p. 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). La richiesta del ricorrente di procedere ad ulteriori accertamenti specialistici va quindi respinta. Ciò non toglie che, ribadito come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti nei confronti dell'AI insorti successivamente alla data del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), resta aperta la possibilità al ricorrente di far valere se del caso in futuro un peggioramento delle sue condizioni. 2.8. Per quanto riguarda la graduazione dell'invalidità, la stessa è stata eseguita correttamente mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3). Il relativo calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.8.1. Secondo la 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 (cfr. 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 Nel caso in esame, l'assicurato, che era attivo come macchinista delle FFS, nel momento in cui è insorto il danno alla salute, aveva un reddito di fr. 109'630, come attestato dal suo datore di lavoro. 2.8.2. 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, cfr. anche DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo

riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). In casu, applicando i dati statistici aggiornati al 2016, emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice e ripetitiva di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali 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.), corrisponde ad un importo di fr. 64'410.70.-- (fr. 5'367.55.- x 12 mesi). Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. i precitati riferimenti, ad esempio STF I 203/03 del 21 luglio 2003 e la citata tabella B9.2), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 67'148.20.-, inclusa la tredicesima (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999) (cfr. doc. AI 84). Tale dato va confermato. In applicazione della diana ricordata giurisprudenza, l'UAI ha quindi applicato una riduzione del 5%, segnatamente per il fattore "svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari". Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71 con la quale la massima Corte ha precisato che in quest'ambito il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione; cfr. anche DTF 132 V 393 consid. 3.3), questo giudice ritiene che, operando una decurtazione del 5%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento, ma abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato, e non può di conseguenza ammettere un'a decurtazione maggiore. Tale deduzione tiene del resto adeguatamente conto anche del fatto che l'interessato può ancora esercitare al 100% un'attività adeguata e che le limitazioni da osservare non sono oltremodo gravose. Non vi è quindi motivo di scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, il ricorrente non avendo peraltro addotto motivi pertinenti che permettano di sostituire il suo apprezzamento o altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico da invalido (ATF 137 V 73 consid. 5.2, 126 V 80 consid. 5b). Si osservi peraltro che il fatto di avere una ristretta formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Ne segue che la riduzione globale del 5% dal reddito da invalido va confermata. Del resto, come meglio s'illustrerà in seguito (cfr. consid. 2.8.3), anche volendo - per pura ipotesi di lavoro - ridurre il reddito da invalido nella misura del 15%, l'interessato non avrebbe comunque diritto ad

una rendita maggiore. 2.8.3. Visto quanto precede, secondo l'amministrazione il reddito da invalido va fissato in fr. 63'790.80 [  $67'148 - (5\% \text{ di } 67'148) = 63'790.80$  ]. Sulla base di questo dato, va quindi determinato il grado di invalidità r affrontando il reddito da valido di fr. 109 '630 (cfr. consid. 2.8.1) con quello da invalido di fr. 63'790.80, ottenendo un tasso d'invalidità del 42% (  $109 '630 - 63'790.80 \times 100 : 109 '630$  ) che dà diritto ad un quarto di rendita . Nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di una riduzione del 15% sul reddito da invalido, e quindi raffrontare il reddito da valido di fr. 109 '630 con uno da invalido di fr. 57'076 (fr. 67'148 ridotti del 15%), si otterrebbe un grado d'invalidità del 48% che pure darebbe diritto ad un quarto di rendita. 2.8.4. L'insorgente sostiene in sostanza che vista la lunga attività come macchinista e anche l'età (essendo nato il 12 ottobre 1960), molto difficilmente egli potrebbe immaginare di ritrovare una diversa attività lavorativa. Al riguardo, e in particolare con riferimento all'allegazione per cui a motivo dell'organizzazione nevrotica di personalità ” riscontrata egli non sarebbe in grado di rinunciare alla propria attività a favore di “ un'attività di bassa soglia ” (ricorso punto 1.1), va rilevato che circa la capacità di lavoro residua si è espresso il medico SMR alla cui valutazione, visti i motivi esposti al precedente considerando, va riconosciuta piena forza probatoria. Con riferimento poi all'addotta circostanza secondo cui il ricorrente avrebbe difficoltà ad acquisire nuove informazioni (ricorso punto 1.2), va rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Del resto, 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 TF 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 che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare – senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) – che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. Va peraltro anche ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto di quello della proporzionalità. Questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti, anche in virtù del principio della riduzione del danno e del già menzionato obbligo di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute, se del caso cambiando attività professionale (DTF 123 V 233 consid.

3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati). Inoltre, ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). Nel caso in esame, nella valutazione del 4 gennaio 2018 il consulente professionale ha ritenuto che per l'assicurato sia accessibile una vasta gamma di attività semplici e ripetitive che non necessitano di formazione particolare (doc. AI 85). Nuovamente interpellato, il consulente professionale nell'annotazione del 25 maggio 2018 ha precisato: " E' stato richiesto al SIP di valutare ulteriormente gli aspetti reintegrativi inerenti la pratica del sig. RI 1 alla luce del ricorso presentato al TCA. Valutazione medica SMR Attività abituale di \_\_\_\_\_ (servizio \_\_\_\_\_) CL 50% Attività adeguata CL 100% Limitazioni funzionali Ridotta persistenza, ridotta capacità di apprendimento di nuove informazioni, ridotta tolleranza allo stress Un'attività con basso carico di responsabilità, in ambiente di lavoro poco stressante e non competitivo è da considerare adeguata alle condizioni di salute. Attività esigibili Per quel che concerne la valutazione delle attività esigibili abbiamo considerato che l'assicurato dispone di una formazione professionale conclusa (AFC di meccanico di macchine) che non può più essere ragionevolmente considerata esigibile (impiego come meccanico unicamente dal conseguimento del diploma nel 1980 al 31.12.1982 presso la \_\_\_\_\_) Per quel che riguarda l'attività abituale di \_\_\_\_\_ presso le \_\_\_\_\_, dal lato medico non è esigibile un impiego oltre il 50%. Ora bisogna stabilire se l'ipotetica attività esigibile in misura completa sia sufficientemente presente nel mercato del lavoro primario. I limiti funzionali espressi in sede medica non sono tali da precludere un suo reinserimento lavorativo. Riteniamo che il Sig. RI 1 presenti delle risorse ancora sufficientemente ampie per poter accedere ad un posto di lavoro nella misura completa. Come indicato anche dal medico psichiatra curante Dr. \_\_\_\_\_ nel suo scritto del 24.04.2017, le competenze del sig. RI 1 potrebbero essere impiegate nel settore terziario in semplici attività di tipo amministrativo (back office) mantenendo degli orari regolari, completando così il 50% che l'assicurato continua a svolgere come macchinista. (attività di 4 ore al mattino). Anche nel settore secondario vi è un ventaglio di attività semplici e rispettose delle limitazioni funzionali che l'assicurato potrebbe svolgere nella misura completa. Ci riferiamo in particolare a funzioni di sorveglianza del funzionamento macchine, al controllo della qualità del prodotto, ad attività di assemblaggio, di confezione prodotti,...). Non riteniamo inoltre che l'età (58 anni) possa costituire un fattore di sufficiente ostacolo a una reintegrazione professionale, tenuto conto che il sig. RI 1 ha comunque terminato una formazione in ambito tecnico e ha svolto (e continua a svolgere) un'attività lavorativa che richiede responsabilità ed aggiornamenti continui." (doc. VI/1) A tali ben motivate ed approfondite allegazioni, che confermano la reintegrabilità sul mercato normale del lavoro per il ricorrente, va prestata adesione, richiamato altresì il fatto che spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una

valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C\_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). Per quanto riguarda d'altra parte il fattore età, ai sensi della DTF 138 V 457 il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) di un assicurato in età avanzata viene esaminata corrisponde a quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico. Si tratta del momento in cui gli incarti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato (DTF 138 V 457). Nel caso di specie il momento determinante ai sensi della DTF 138 V 457 è da stabilire al dicembre 2017, quando il medico SMR ha allestito il rapporto finale ed ha concluso che vi era un'inabilità al lavoro del 50% nella precedente attività come macchinista, ma un'abilità piena in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti, oppure, al più tardi, al momento della decisione contestata del 23 marzo 2018. In tali momenti l'assicurato aveva appena compiuto i 57 anni rispettivamente 57 anni e mezzo. Ora, deve essere osservato che il TF nella STF I 293/05 del 17 luglio 2006, ha ritenuto ancora ragionevolmente esigibile pretendere che un'assicurata, 59enne al momento in cui ha recuperato una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, riprendesse un'attività lavorativa rispettosa dei suoi limiti funzionali, evidenziando che ella aveva ancora a disposizione quasi 5 anni di attività prima di poter beneficiare di una rendita di vecchiaia. In un'altra fattispecie il TF, nella STF I 304/06 del 22 gennaio 2007, nel caso di un assicurato di 60 anni totalmente inabile nella sua precedente attività di saldatore, ma abile a svolgere nel corso di un'intera giornata un'attività leggera adeguata con una flessione del rendimento del 30% (per problemi reumatologici e cardiologici), lo ha ritenuto realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato. Nella STF I 359/2006 del 22 giugno 2007, l'Alta Corte, confermando la decisione del 10 marzo 2006 del TCA (cfr. inc. 32.2005.100), ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità (del 100%) sul mercato equilibrato del lavoro da parte di un assicurato, 58enne al momento della decisione dell'amministrazione, dato che dal profilo dell'età non erano realizzate le condizioni per ammettere una totale incapacità di guadagno per mancanza di possibilità reale di sfruttarne la residua capacità. Di analogo tenore anche la STF 9C\_124/2010 del 21 settembre 2010 concernente un assicurato di 61 anni e mezzo al momento della decisione. Con tale pronuncia il TF, annullando il giudizio cantonale che aveva ritenuto che la residua capacità lavorativa dell'assicurato non era più sfruttabile sul mercato del lavoro, ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità sul mercato equilibrato del lavoro sottolineando come il fattore dell'età avanzata costituisce essenzialmente "solo" uno dei diversi fattori personali che influiscono sulle concrete opportunità professionali. Ai fini dell'esame della sfruttabilità assume un ruolo rilevante la capacità lavorativa residua, ritenuto come la possibilità di prestare ancora un'attività a tempo pieno, pur in considerazione di determinate limitazioni funzionali (segnatamente con riferimento alle attività pesanti o alla posizione da osservare durante l'attività lavorativa) gioca un ruolo importante nell'esame della reintegrabilità dell'assicurato. Sempre in merito alla reintegrabilità nel mondo del lavoro avuto riguardo all'età vedi anche la STCA 32.2015.114 del 27 giugno 2016 con ulteriori diversi riferimenti giurisprudenziali. Ritornando alla fattispecie concreta, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo giudice ritiene, da una parte che l'assicurato possa mettere a frutto la sua capacità lavorativa in un mercato

equilibrato del lavoro, considerato che (nel momento determinate: dicembre 2017) egli aveva ancora davanti a sé diversi anni prima del pensionamento, dall'altra parte che egli possa svolgere, a tempo pieno o parziale, attività semplici e ripetitive che non necessitano di formazione né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). In questo senso, del resto, si è pure espresso il consulente professionale nell'Annotazione del 25 maggio 2018 affermando di non ritenere che "(...) l'età (58 anni) possa costituire un fattore di sufficiente ostacolo a una reintegrazione professionale, tenuto conto che il sig. RI 1 ha comunque terminato una formazione in ambito tecnico e ha svolto (e continua a svolgere) un'attività lavorativa che richiede responsabilità ed aggiornamenti continui" (cfr. doc. VI/3). Visto tutto quanto sopra esposto, non vi sono dunque motivi per scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione. La decisione contestata va quindi confermata, mentre il ricorso è da respingere. Va in ogni modo osservato che nella decisione impugnata l'amministrazione ha precisato di essere a disposizione qualora l'assicurato intendesse postulare l'attivazione del servizio di collocamento. 2.9. 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 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.