

TI_GERICHTE 32.2018.98 vom 4. Mai 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-05-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.98

FR: TI_GERICHTE 32.2018.98 du 4 mai 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.98 del 4 maggio 2018

Regeste

Contratto di tipo determinato. Per reddito da valido sono ritenuti i dati statistici del ramo: ha perso il posto di lavoro x motivi estranei all'invalidità e non l'avrebbe conservato neppure senza il danno alla salute. Indipend. dal danno alla salute non avrebbe più percepito il salario versato dal DL

Erwägungen

E. 19

febbraio 2018. Infatti, la consultazione esterna riportava parametri infiammatori al limite del normale e normali erano anche l'emogramma del mese di ottobre 2018 e la PCR a 0.72, come anche nell'agosto 2018, VES 10. Quanto alla valutazione del dottor _____, essa indicava uno stato clinico funzionale di motilità del rachide con limiti di funzionalità uguali alle funzionalità della visita peritale del dr. med. _____ del 2 (recte : 1°) febbraio 2018. La consultazione medica del 30 gennaio 2019 (doc. V2), che ha avuto luogo nel medesimo centro ospedaliero in _____, è stata tradotta in francese (doc. V1) e ha il seguente tenore: " Le patient susmentionné a du suivi médical en Rhumatologie avec le diagnostic Syndrome de Sapho. Il a de l'ostéite sternoclaviculaire et détérioration osseuse érosive et inflammatoire. À cause de symptômes inflammatoires, tuméfaction à la partie supérieure du sternum et rigidité axiale sur AINS, le patient va commencer immunosuppression avec Salazopyrine. Le patient présente en tomographie du dimorphisme aux corps vertébrales D6, D12 et L2, sans évidence de fracture récente et du spondyloarthrose. Le patient fait aussi du traitement avec Gabapentine en raison d'atrophie neurogène avec souffrance aux vertèbres C5 et C6 droite en électromyographie datée de 2018. Le patient doit faire de l'exercice physique régulièrement a fin de stimuler la flexibilité mais en évitant les charges et les efforts répétitifs.". Il dr. med. _____ si è da ultimo pronunciato il 14 marzo 2019 (doc. XII/1) anche su questo referto medico, affermando che esso non modifica quanto già noto. Infatti, " Si ricorda che questo tipo di malattie reumatologiche presentano evoluzioni croniche e che la terapia a base di antiinfiammatori di base viene usualmente nel decorso modificata con aggiunta di salazopirina al fine di ridurre il quantitativo di antiinfiammatori. I dati di laboratorio (che avevo già citato il 19.2.2019) rappresentano uno stato infiammatorio adeguatamente controllato e stabile da agosto 2018 ovviamente con questa terapia assunta. ". 2.3 Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente

esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora

evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del

E. 24

agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.4 Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute del ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno dal 3 luglio 2017 in poi, ovvero un anno dopo

l'insorgenza del danno alla salute. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'Ufficio AI l'abbia accuratamente vagliato prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Va innanzitutto rilevato che il medico SMR, in un primo rapporto finale, il 13 aprile 2017 (doc. 58) ha riconosciuto un'inabilità lavorativa totale come carpentiere e cassero dal giorno dell'infortunio in poi rispettivamente in attività adeguate fino a quando il dr. med. _____, il 13 febbraio 2017, l'ha visitato per conto dell'assicuratore malattia e da allora l'ha ritenuto abile al 100% in attività adeguata, fermo restando dei limiti funzionali e di carico da egli stabiliti. Sulla scorta di tali indicazioni, l'amministrazione ha emesso un primo progetto di decisione (5 maggio 2017) di rifiuto della rendita. A fine novembre 2017, all'Ufficio assicurazione invalidità sono pervenuti due nuovi referti. Il primo, del dr. med. _____ del 24 novembre 2017, indica che l'assicurato presentava un esordio di malattia artritica infiammatoria sistemica inizialmente interpretata come esordio polimialgico e successivamente evoluta in un'artrite tipo SAPHO, ciò che giustificava un'inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività. Questa diagnosi era stata confermata anche dal prof. dr. med. _____ dell'Ospedale _____ di _____. Il secondo rapporto, reso da quest'ultimo reumatologo che ha visitato l'interessato il 27 ottobre 2017, è datato 16 novembre 2017 (doc. 87) e indica infatti la diagnosi di dolori sternocostali, DD sindrome SAPHO. Posti l'anamnesi (sistemica, familiare, personale e sociale), lo status e i risultati delle analisi di laboratorio, nella valutazione lo specialista ha affermato che, sulla base dell'anamnesi e dell'esame clinico, la sintomatologia dolorosa del paziente non era indicativa per una polimialgia reumatica. Sebbene non si potesse porre una chiara diagnosi di sindrome SAPHO, a suo avviso era data una sufficiente probabilità di intraprendere un tentativo di terapia. A parere del professore non era data l'indicazione per il trattamento con Prednisone; era consigliato ridurre la dose fino a terminare il trattamento; lo specialista ha poi proposto altre terapie e passi diagnostici-terapeutici da intraprendere. Il TCA osserva che il prof. dr. med. _____ non ha nemmeno giudicato la capacità lavorativa dell'assicurato né nella sua attività né in altre adeguate. Non si vede quindi per quale motivo si dovrebbe considerare retroattivamente alla data della visita all'Ospedale _____ di _____ la riduzione del rendimento del 20% stabilita dal dr. med. Boris _____ nella valutazione del 1° febbraio 2018. Infatti, nel suo rapporto del 12 giugno 2017 il dr. med. _____, reumatologo che ha più volte valutato l'interessato per conto dell'assicuratore malattia, ha ribadito quanto già affermato nella sua precedente perizia del 14 febbraio 2017, e meglio che l'assicurato era totalmente inabile al lavoro di posatore di casseformi in galleria, ma abile al 100% in attività confacenti rispettose delle limitazioni stabilite e ciò a decorrere proprio dal 14 febbraio 2017. Pertanto, non è possibile ritenere che la diminuzione del 20% del rendimento accertata dal perito nominato dall'Ufficio AI sia antecedente al suo stesso esame e che debba essere fatta risalire al 14 febbraio 2017, visto che lo stesso dr. med. _____, FMH malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, in quell'occasione ha chiaramente stabilito una capacità lavorativa totale in attività adeguate e ciò sin da subito. Occorre al riguardo evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le

condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Con il suo ricorso l'assicurato si era riservato " di formulare nuove e diverse richieste in base ad eventuali nuovi accertamenti sulle condizioni di salute del Sig. RI 1 che avranno luogo nei prossimi mesi, i quali permetteranno di stabilire esattamente il grado di capacità lavorativa, oltre che nella sua attività abituale, anche in un'attività adeguata. ". Contrariamente a quanto preannunciato, ad oggi non sono però pervenuti alla scrivente Corte dei certificati medici in tal senso, ritenuto come i due rilasciati da un ospedale in _____ neppure si pronunciano sulla sua capacità lavorativa e così pure quello del dr. med. _____ del 5 febbraio 2019. Essi non possono pertanto essere di alcun aiuto all'insorgente, che non ha quindi saputo validamente comprovare le sue critiche di uno stato di salute peggiore rispetto alla valutazione del perito, tale da giustificare un'inabilità lavorativa maggiore già dal 14 febbraio 2017. Il ricorrente si è limitato ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che dal 27 ottobre 2017, e non già prima, sia avvenuto un peggioramento della situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo. In assenza di ulteriore certificazione medica che contraddica le conclusioni del dr. med. _____, che a sua volta ha confermato le constatazioni fatte dal dr. med. _____ fino al 12 giugno 2017, non essendo evidentemente sufficiente la semplice affermazione soggettiva di parte senza alcuna documentazione clinica a supporto, il TCA non può che ribadire le predette conclusioni dei vari periti che sono intervenuti nella valutazione delle condizioni di salute del ricorrente. D'altronde, quest'ultimo è concorde con il principio di essere stato giudicato abile in un lavoro adatto nella misura del 100% con riduzione del rendimento del 20%, ma ha solo contestato che detta diminuzione decorra dal

E. 27

ottobre 2017 e non già dal 14 febbraio 2017. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato, così come implicitamente da esso richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente. Il Servizio Medico Regionale ha in effetti avuto modo di pronunciarsi diverse volte sull'intera questione e, soprattutto, ogni qualvolta che l'assicurato trasmetteva nuova documentazione medica all'attenzione dell'amministrazione, corroborando le conclusioni tratte dal perito reumatologo. Il Servizio Medico Regionale, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid.

1b), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato dallo specialista intervenuto su mandato dell'Ufficio AI. Per quanto concerne i più recenti referti medici emessi nel 2019 (docc. T, U e V), prodotti pendente causa, come osservato dal dr. med. _____ essi non sono atti a sovvertire le precedenti conclusioni dell'SMR. Secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, in concreto il 4 maggio 2018, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento. Di conseguenza, il giudice delle assicurazioni sociali si pronuncia unicamente sulla situazione di fatto prodottasi fino al momento determinante della decisione amministrativa in lite (cfr. fra le tante: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). In virtù delle considerazioni esposte, l'aspetto medico stabilito dal perito alla base della decisione dell'Ufficio AI di fissare il grado d'incapacità lavorativa dell'assicurato in altre attività al 100% dal 14 febbraio 2017 e con riduzione del rendimento del 20% dal 27 ottobre 2017, va di conseguenza confermato.

2.5 Per quanto concerne l'aspetto economico, il ricorrente ha contestato che per il calcolo del grado di invalidità del 2016 si sia considerato un reddito da valido di Fr. 69'279.-, corrispondente al reddito statistico annuo della categoria 41-43 Costruzioni, attività semplici e ripetitive, anno 2016, che avrebbe conseguito un carpentiere/casseratore. A suo dire, occorre tenere conto dei salari che egli ha conseguito effettivamente lavorando sia per l'ultimo datore di lavoro da novembre 2015 a settembre (luglio) 2016, sia ancora per quello precedente, da ottobre 2010 a giugno 2015. Nella prima ipotesi si ottiene un salario medio annuo di Fr. 96'848,40, mentre nella seconda di Fr. 119'266,60 e quindi un reddito di gran lunga superiore a quello considerato dall'amministrazione. Anche qualora si facesse la media di questi due importi, si avrebbe un salario medio annuo di Fr. 108'057,50. Il ricorrente ha affermato di avere sempre lavorato come carpentiere/casseratore in galleria, in diversi cantieri e che avrebbe continuato a svolgere questa attività anche in futuro se non fossero sopraggiunti i problemi di salute. Era attivo in un mercato di nicchia in cui aveva acquisito delle competenze specialistiche nel settore e vantava un'esperienza pluriennale perciò, almeno con una verosimiglianza preponderante, tali elementi gli avrebbero permesso di trovare un impiego con cui avrebbe guadagnato almeno come negli anni precedenti. Da parte sua, l'amministrazione si è basata sulla giurisprudenza secondo cui il reddito da valido non poteva essere calcolato come suggerito dal ricorrente, poiché egli, indipendentemente dal danno alla salute, essendo stato assunto con un contratto di lavoro di durata determinata che non sarebbe stato rinnovato, indipendentemente dal danno alla salute non avrebbe comunque più lavorato per le due ditte presso cui era stato attivo (STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013, consid. 4.3.2).

2.6 Nell'evenienza concreta, il ricorrente è stato assunto come carpentiere il 2 novembre 2015 con un contratto a tempo determinato scadente il 30 settembre 2016 e quando si è infortunato, il 3 luglio 2016, era quindi ancora alle dipendenze della ditta _____ di _____ (doc. 33). L'Ufficio AI ha potuto accertare nel febbraio 2018 (doc. 98) presso la predetta società che, in assenza del danno alla salute, " il contratto di lavoro del Signor RI 1 non sarebbe stato rinnovato . ". La situazione del ricorrente che è rimasto senza lavoro perché il suo contratto era di tipo determinato si apparenta al caso in cui l'assicurato viene licenziato dal datore di lavoro. In tali evenienze, quando l'assicurato ha perso il proprio lavoro per motivi estranei all'invalidità non ci si deve basare sull'ultimo reddito conseguito,

ma al reddito statistico del settore di attività in cui lavorava, perché anche se fosse stato sano non avrebbe più potuto essere attivo in quel posto di lavoro. Secondo la citata STFA I 792/2005, infatti, " 3.3 Für die Festsetzung des Valideneinkommens ist - entgegen Vorinstanz und Beschwerde führender Verwaltung - nicht vom zuletzt verdienten Lohn auszugehen, da der Versicherte seine Stelle bei der Firma S. bereits auf Ende 1998 aus invaliditätsfremden Gründen verloren hatte und deshalb auch im Gesundheitsfall nicht mehr am angestammten Arbeitsplatz tätig wäre. Weil jedoch davon auszugehen ist, dass der Beschwerdegegner ohne Invalidität weiterhin einer Hilfsarbeit nachginge, ist auf die entsprechenden Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung abzustellen. Dabei ist der branchenunspezifische Zentralwert massgebend, da entsprechend der bisherigen Erwerbsbiographie anzunehmen ist, der Versicherte würde wenig anspruchsvolle Tätigkeiten in der ganzen Wirtschaft ausüben.". Nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013, l'assicurato ha lavorato come operaio-minatore e il 20 gennaio 2009 è rimasto vittima di un infortunio sul posto di lavoro. Il 20 aprile 2009 il datore di lavoro gli ha disdetto il rapporto di lavoro che è terminato il 31 luglio 2009. Dal 1° agosto 2009 l'assicurato si è annunciato all'assicurazione contro la disoccupazione e il 15 febbraio 2010 ha subito un secondo infortunio al medesimo ginocchio destro. L'assicuratore infortuni ha stabilito un grado di incapacità lucrativa del 47%, mentre l'assicurazione invalidità una rendita intera limitatamente al periodo dal 1° marzo 2011 al 31 gennaio 2012, essendo il grado di invalidità del 19%. Il TCA ha accolto il ricorso concedendo un quarto di rendita fondandosi per il reddito senza invalidità sul salario che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nel 2012 presso la società, anziché sui dati statistici come aveva invece fatto l'Ufficio AI. L'amministrazione ha interposto ricorso al Tribunale federale, che l'ha accolto con le seguenti considerazioni: " 4.3.2. Sia come sia, poiché la X. SA ha, per quanto peraltro accennato dalla stessa Corte cantonale ed evidenziato a ragione dall'Ufficio ricorrente, licenziato l'assicurato per mancanza di lavoro - a causa dell'imminente conclusione dei lavori e in assenza di altre possibilità di impiego -, l'accertamento del reddito senza invalidità non può effettuarsi, come invece ha fatto il Tribunale cantonale delle assicurazioni, sulla base del salario ritenuto dalla Suva, tanto più che esso appare eccessivo - come rileva (in via subordinata) l'UAI - alla luce dei dati riportati nell'estratto del conto individuale, oltretutto soggetti a forti variazioni. L'opponente ha perso il suo posto presso l'ex datrice di lavoro per fine luglio 2009 per motivi estranei all'invalidità e non l'avrebbe di conseguenza conservato nemmeno senza il danno alla salute. Il richiamo ricorsuale alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 792/05 del 15 marzo 2006 è pertinente. Indipendentemente dal danno alla salute l'assicurato non avrebbe più potuto percepire lo stipendio versatogli dalla X. SA. Contrariamente a quanto indicato dal giudice di prime cure, il fatto che la disdetta fosse preceduta da un infortunio non è di rilievo proprio perché l'assicurato anche senza il danno alla salute avrebbe - per i motivi suesposti - comunque perso il posto di lavoro. Per le stesse considerazioni, è ugualmente irrilevante la circostanza - addotta nella pronuncia impugnata per giustificare la mancata applicazione della sentenza citata I 792/05 - che in quella vertenza il lasso di tempo tra la fine del rapporto di lavoro e l'infortunio fosse superiore a quello intercorso nella fattispecie qui in esame. Potendo per il resto presumere che senza il danno alla salute l'opponente avrebbe continuato a svolgere l'attività di operaio minatore, ci si deve basare sui dati statistici salariali. Ammesse le conoscenze professionali specializzate (livello di esigenze 3) e potendosi riferire al settore del genio civile (ISS 2010, TA1, cifra 42, uomini), si ottiene un reddito - aggiornato all'orario settimanale di lavoro di 41.5 ore nel 2012 e all'evoluzione dei

salari usuale nello specifico settore delle costruzioni (1% per il 2011 e 0.8% per il 2012; cfr. La Vie économique, 10/2013, pag. 90 seg., B9.2 e B10.2) - di fr. 76'557.58." (le evidenziazioni sono della redattrice). Il Tribunale federale ha tratto le medesime conclusioni anche nella STF 8C_934/2015 del 9 maggio 2016: " 4.2. Die Beschwerdeführerin hat ihre Stelle bei der Polizei bereits Ende Februar 2010 aus invaliditätsfremden Gründen aufgegeben. Sie wäre daher auch im Gesundheitsfall nicht mehr am angestammten Arbeitsplatz tätig. Bereits aus diesem Grund kann für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht auf den dort erzielten Lohn abgestellt werden. Soweit sich die Versicherte für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die im Arbeitgeberbericht enthaltenen Lohnangaben beruft, kann ihr daher nicht gefolgt werden. Es muss auch nicht geprüft werden, ob die bisher von der Versicherten ausgeübte Tätigkeit Einsätze beinhaltet, die sie wegen der Schulterbeschwerden nicht mehr verrichten kann. Aufgrund verschiedener aktenkundiger Vorkommnisse mit Bezug zur Polizei ist der Beschwerdeführerin darin beizupflichten, dass ihr im bisherigen Beruf wohl kaum mehr eine Stelle angeboten würde. ". Anche in un caso ticinese in ambito di indennità giornaliera in caso di malattia l'Alta Corte ha stabilito il 4 luglio 2017 (STF 9C_81/2017 e 9C_92/2017) il principio che, essendo rimasto senza lavoro per motivi estranei alle sue condizioni di salute, per determinare il reddito da valido ci si deve basare sui dati statistici del settore e non sull'ultimo salario percepito dall'assicurato: " 7.3. B. non può pretendere il reddito da valido (su tale nozione cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti) che percepiva dalla ditta C., considerato che dagli accertamenti del Tribunale cantonale è emerso che egli era stato licenziato il 30 novembre 2012 con effetto al 31 dicembre 2012. Questo significa che indipendente dal danno alla salute B. non avrebbe più percepito un reddito dalla ditta C. Vista la sua lunga esperienza quale gessatore la Corte cantonale, come del resto la A. SA, potevano ragionevolmente presumere che egli avrebbe continuato l'attività di gessatore. Per questo motivo l'importo di fr. 68'281.22 ritenuto dal Tribunale cantonale in applicazione dei dati statistici relativi al ramo costruzione, peraltro non contestato dalla A. SA, merita conferma.". In virtù di quanto precede, nel caso concreto l'assicurato ha perso il suo posto presso l'ex datore di lavoro per motivi estranei all'invalidità e non l'avrebbe di conseguenza conservato neppure senza il danno alla salute . Pertanto, indipendentemente dal danno alla salute l'assicurato non avrebbe più potuto percepire lo stipendio versatogli dal datore di lavoro. Potendo dunque presumere che senza il danno alla salute il ricorrente avrebbe continuato a svolgere l'attività di carpentiere, ci si deve basare sui dati statistici salariali in quel settore (STF 8C_934/2015 del 9 maggio 2016 consid. 2.2 e 4.2; STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.3.2; STFA I 792/05 del 15 marzo 2016 consid. 3.3; STCA 36.2016.106 del 21 dicembre 2016 confermata dalla STF 9C_81/2017 e 9C_92/2017 del 4 luglio 2017). 2.7 Da quanto precede discende che, correttamente, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valido del ricorrente sulla base dei dati statistici e non, come ha preteso il ricorrente, sulla media del salario conseguito presso l'ultimo datore di lavoro e nemmeno presso il precedente datore di lavoro o ancora sulla media fra questi due dati, tutti concernenti comunque il salario conseguito. L'amministrazione si è fondata sulla Tabella TA1 2014, settore costruzioni (41-43), livello di competenze 1 (attività semplici di tipo fisico o manuale) e ha riportato il reddito annuo di Fr. 66'084.- (mensile di Fr. 5'507.-) sulle 41,5 ore settimanali lavorate nel settore nel 2014 e ha aggiornato l'importo al 2016, per ottenere un reddito statistico da valido di Fr. 69'279.-. Partendo dal reddito ipotetico da invalido di Fr. 67'148.- nel 2016 ([Fr. 5'312.- nel 2014 x 12 : 40 x 41,7] + 0,3674% per il 2015 + 0,6761% per il 2016), dal 27 luglio 2017 si deve

tenere conto della diminuzione del rendimento del 20% per ottenere un reddito di Fr. 53'718,40. L'Ufficio AI ha ridotto ulteriormente questo importo del 5% per attività leggere, giungendo a un reddito ipotetico di Fr. 51'032,54. Paragonando questi due redditi si ha una perdita di guadagno del 26,34% ([Fr. 69'279.- - Fr. 51'032,54] : Fr. 69'279.- x 100), che va arrotondata al 26% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. 2.8

Quand'anche si applicasse, per pura ipotesi di lavoro, la riduzione per motivi personali del 15% pretesa dall'insorgente - sebbene la riduzione del rendimento non dia luogo ad un'ulteriore riduzione per motivi personali, poiché non è possibile, nel momento in cui si valuta l'entità della riduzione percentuale da applicare al reddito da invalido, tenere conto nuovamente della riduzione di rendimento già constatata a livello medico e inclusa nella valutazione della capacità lavorativa residua, onde evitare di prendere in considerazione due volte lo stesso punto di vista (STF 8C_163/2015 del 16 giugno 2015, consid. 3.2.2; STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014, consid. 5.4; STCA 32.2018.65 del 13 marzo 2019; STCA 32.2018.51 dell'11 febbraio 2019; STCA 32.2018.31 del 4 febbraio 2019; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2017; STCA 32.2017.42 del 5 ottobre 2017; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.130 del 24 settembre 2015) -, il diritto alla rendita di invalidità sarebbe ugualmente rifiutato. Si avrebbe infatti un reddito ipotetico da invalido di Fr. 45'660,64 e quindi il grado di invalidità sarebbe del 34% ([Fr. 69'279.- - Fr. 45'660,64] : Fr. 69'279.- x 100), sempre inferiore al 40% esatto dall'art. 28 cpv. 2 LAI che non permette di beneficiare di una rendita di invalidità.

2.9 In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di rifiuto di attribuzione di una rendita di invalidità.

2.10 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 del ricorrente.

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