

## **TI\_GERICHTE 32.2019.144 vom 14. Juni 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-06-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.144](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.144)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.144 du 14 juin 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.144 del 14 giugno 2019

### **Regeste**

1° domanda: respinta. 2° domanda. Valenza probante certificato medico. Valutazione medico SMR: confermata. Valutazione anticipata delle prove. Calcolo economico: 2017. Reddito da valido inferiore a reddito da invalido. Ricorso respinto. Istanza esenzione spese processuali accolta.

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). 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 (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Va ancora rilevato che con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e

SVR 4/5 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). 2.5. 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.

### **E. 3**

e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.5). 2.6. Preliminarmente il TCA rileva che l'amministrazione ha ritenuto assolte le condizioni per entrare nel merito della nuova richiesta di rendita di RI 1 (cfr. annotazione del 26 giugno 2017 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_: doc. 30 incarto AI) e che pertanto, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 2.3, si deve situare al momento in cui l'UAI con decisione del 13 luglio 2009, cresciuta incontestata in giudicato, ha negato all'assicurato il diritto alla rendita poiché presentava un grado d'invalidità nullo. In quell'occasione l'amministrazione si era fondata, dal profilo medico, sul rapporto finale del 27 maggio 2009 (doc. 17 incarto AI) del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, che ha posto unicamente le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di: "Dolori dorso-lombari,

scoliosi; morbo di Scheurmann; rinocongintivite allergica; eczema ”. Dopo avere posto svariate limitazioni fisiche (per il dettaglio cfr. doc. 17, pag. 2 incarto AI) e nessuna limitazione psichica, il medico SMR ha indicato che l’assicurato presentava una incapacità lavorativa dello 0% nell’attività abituale e una capacità lavorativa del 100% in un’attività rispettosa dei limiti indicati dal 20 novembre 2008. Il medico SMR ha puntualizzato che trattasi “ di un A cresciuto da famiglia svizzera in \_\_\_\_\_, ora tutti rientrati nello stato di origine. L’adattamento ai ritmi svizzeri risulta difficoltoso. I fattori sociali che hanno influsso sullo stato di salute e/o sull’attività lavorativa sono solo la sua mentalità sudamericana. Si segnala assenza di certificazioni di IL da parte del medico di base Dr. \_\_\_\_\_. Le ultime consultazioni con i curanti Dr \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ sono del 2005 e del 2004 ” (doc. 17, pag. 2 incarto AI). 2.7. Nel mese di maggio 2017 RI 1 ha fatto valere un peggioramento del proprio stato di salute, in particolare con riguardo a “ problemi al collo, dolori cervicale “artrosi” dal “2015” (doc. 22 incarto AI). Il 26 giugno 2017 il del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato che “ È giustificata l’entrata in materia per eventuale peggioramento dal settembre 2015, presa a carico Dr. \_\_\_\_\_.” (doc. 30 incarto AI). Il 15 settembre 2017 l’assicurato si è sottoposto ad un intervento in laparoscopia presso l’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ a causa di un tumore maligno di ca. 9 cm. al rene destro (doc. 46 incarto AI). Nell’annotazione del 4 ottobre 2017 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato che oltre “ alle patologie note, vi ù inoltre una recente operazione chirurgica al rene destro per l’asportazione di un tumore di 9 cm eseguita al \_\_\_\_\_. Non sono escluse cure oncologiche ulteriori, per cui una rivalutazione clinica previo aggiornamento della documentazione medica è da prevedere ad inizio 2018 .” (doc. 49 incarto AI). L’UAI ha quindi accertato lo stato di salute dell’assicurato, raccogliendo agli atti il rapporto finale del 28 giugno 2018 (doc. 71 incarto AI) del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, che, dopo aver osservato che lo stato di salute dell’assicurato era peggiorato, ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefalee su alterazioni statiche della colonna cervicale nonché alterazioni degenerative plurisegmentali da O3 fino a C7 con restringimento dei forami di coniugazione, protrusione discale alterazioni di tipo spondilartrosico e uncartrosico. Leggera sindrome del tunnel carpale bilaterale. Sindrome toraco-lombo vertebrale e alterazioni statiche con scoliosi sinistroconvessa nonché condrosi e spondilosi L3-L4 e L4-L5, in minor misura L5-S1. Stato dopo intervento chirurgico per tumore maligno al rene destro in data 14.09.2017. Ernia della parete addominale destra, sintomatica, in esiti da nefrectomia tumorale laparoscopica destra il 15.09.2017 su carcinoma renale cromofobo pl, RO, cNO, cM0.” (doc. 71 pag. 2, incarto LAI). Il medico SMR non ha posto alcuna diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Dopo aver puntualizzato che, per quanto concerneva la capacità lavorativa dell’assicurato in precedenza, faceva stato il rapporto finale del 27 maggio 2009, il medico SMR ha indicato nell’attività abituale (operaio tuttofare) le seguenti capacità lavorative: - 50% dal 1° ottobre 2016 al 13 settembre 2017; - 0% dal 14 settembre 2017 e continua. Il medico SMR ha indicato in un’attività adeguata le seguenti capacità lavorative (intese come riduzione di rendimento): - 100% dal 1° ottobre 2016 al 13 settembre 2017; - 0% dal 14 settembre 2017 al 31 dicembre 2017; - 100% dal 1° gennaio 2018 e continua. Il medico SMR ha precisato un carico massimo di 10 kg, l’alternanza della postura al bisogno (inclusa), la necessità di pause supplementari (inclusa), l’assenza di difficoltà nello svolgere lavori di precisione e mai mansioni in rotazione col tronco. Da ultimo, ha indicato come fossero auspicati dei provvedimenti professionali (doc. 71 incarto AI). A seguito dell’interruzione

da parte dell'assicurato della formazione breve nel settore del commercio al dettaglio, presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (parte pratica) garantita l'8 febbraio 2009 dall'UAI per il periodo 11 febbraio al 9 marzo 2019 (doc. 79 incarto AI), interpellato al riguardo dall'amministrazione, nell'annotazione dell'8 aprile 2019 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato che " Siamo in presenza probabilmente anche di diversi fattori (sociali, economici e personali) che influenzano la capacità lavorativa dell'Assicurato, piuttosto che l'aggravarsi delle condizioni generali di salute che non sono tali al momento da giustificare una nuova rivalutazione clinica. Riteniamo che al più tardi dal 1° maggio, l'Assicurato sia in grado di riprendere per motivi di salute la misura in atto, con i limiti funzionali esposti nel RAF del 2 luglio 2018, fatta eccezione per il carico massimo che da 10 kg scende a 5 kg perlomeno per qualche mese. Se così non fosse sarebbe necessario un accertamento specialistico, previo aggiornamento della documentazione medica (dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_). " (doc. 85 incarto AI). Il 7 maggio 2019 (doc. 90 incarto AI e doc. A2) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione nonché medico curante dell'assicurato dal 2015, ha posto le diagnosi di: " - Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefale, nonché irradiazione cervico-brachiale a destra, su delle alterazioni degenerative pluri-segmentali della colonna cervicale in presenza di bulging discale C6/C7, con possibile conflitto sulla radice di C7 destra, nonché artrosi inter-faccettaria a destra a livello C3/C4 e C4/C5 con in parte stenosi dei forami intervertebrali, in particolar modo C3/C4 e C4/C5 (RM della colonna cervicale del 19.02.2019) - Leggera sindrome del tunnel carpale bilaterale, a sinistra più accentuata che a destra. - Sindrome toracolombo-vertebrale su alterazioni statiche con scoliosi sinistro convessa, nonché condrosi e spondilosi L3/L4 e L4/L5, in minor misura L5/S1. - Stato dopo intervento chirurgico per tumore maligno al rene destro in data 14.09.2017." Il medico curante ha concluso quanto segue: " (...) Egli attualmente non svolge un'attività professionale. Ha lavorato da ultimo quale autista nell'ambito della consegna di pizze a domicilio fino al 2016. In seguito è stato alle dipendenze nella forma del 50%, presso il \_\_\_\_\_ dal 01.06.2017 al 30.08.2017. Per quanto riguarda una ripresa dell'attività lavorativa, la ritengo possibile nella forma del 50%. Vi è un'incapacità lavorativa determinata dalle patologie a livello muscolo-scheletrico e renale nella forma del 50% per attività non qualificate e poco ergonomiche per la colonna vertebrale." Nell'annotazione del 13 giugno 2019 (doc. 92 incarto AI) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato quanto segue: " Ho preso visione dello scritto dell'assicurato del 20.05.2019 rispettivamente del certificato del Dr. \_\_\_\_\_ allegato del 07.05.2019, cui l'assicurato fa costante riferimento nella sua lettera nel contestare la valutazione medica. In effetti, il Dr. \_\_\_\_\_ certifica una IL 50% in un'attività inergonomica. Non in un'attività leggera come valutato nelle precedenti prese di posizione SMR in ultimo 08.04.2019. La presa di posizione SMR rimane dunque immodificata." 2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione - prima dell'emissione della decisione qui impugnata ( in casu , il 14 giugno 2019) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) - non ha motivo per scostarsi dal rapporto finale del 28 giugno 2018 (doc. 71 incarto AI) e dall'annotazione dell'8 aprile 2019 (doc. 85 incarto AI) del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ e del 13 giugno 2019 (doc. 92 incarto AI) del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_. La valutazione dei medici SMR è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. Il TCA constata, infatti, che i medici del

SMR hanno tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti. Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI (cfr. STF 9C\_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4.). Giova qui infatti ricordare 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 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'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'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (vedi DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C\_1001/2012 del 29 maggio 2013; 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010; 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Del resto, l'assicurato non ha prodotto, in sede ricorsuale, dei referti medico-specialistici in grado di smentire quanto valutato dai medici SMR. Inoltre, i certificati medici agli atti, non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedeltà della valutazione operata dai medici SMR), con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dai medici SMR, come pure dell'esigibilità posta da tali medici che peraltro vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Del resto, le certificazioni mediche presenti nell'incarto non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai medici dell'amministrazione, non si esprime in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attesta alcuna inabilità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate. Il TCA non ignora il certificato medico del 7 maggio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione (doc. A2) nonché medico curante dell'assicurato dal 2015, prodotto in questa sede dal ricorrente (e già agli atti quale doc. 90). Il TCA, attentamente vagliata la documentazione medica agli atti, non ha motivo di scostarsi dalle dettagliate, approfondite, motivate e convincenti considerazioni espresse dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, esposte nell'annotazione del 13 giugno 2019 (doc. 92 incarto AI) riportate al consid. 2.7. Dal momento che la certificazione dello specialista di fiducia dell'assicurato si basa inoltre sostanzialmente sul medesimo quadro diagnostico, esse rappresenta unicamente un diverso apprezzamento delle ripercussioni sulla capacità lavorativa del medesimo quadro patologico e diagnostico, che non permettono quindi in alcun modo di distanziarsi dalla valutazione operata dai medici SMR. Inoltre gli stessi medici dell'amministrazione hanno ritenuto l'attività abituale (operaio tutt'fare) inesigibile al 50% dal 1° ottobre 2016 e al 100% dal 14 settembre 2017 mentre hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100% in attività adeguate leggere dal 1° gennaio 2018. Dal canto suo lo specialista curante non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dai medici dell'amministrazione, non si esprime

in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attesta alcuna inabilità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate ma solo una inabilità lavorativa del 50% determinata dalle patologie a livello muscolo-scheletrico e renale “ per attività non qualificate e poco ergonomiche per la colonna vertebrale ” e, quindi, in attività non adeguate. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dai medici del SMR in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato va tutelato. In questo contesto è comunque utile ricordare 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 (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dai medici SMR. Diversamente da quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non vede nel caso concreto alcun motivo che possa impedire di fondare il proprio giudizio sulle risultanze mediche del SMR, la cui affidabilità e concludenza non è stata oggettivamente messa in dubbio da refertazioni specialistiche in grado di rimetterle in discussione (cfr. STF 9C\_404/2018 del 22 agosto 2018)”. In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dall'assicurato all'operato dell'amministrazione dal profilo medico, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo (in particolare, quelle secondo cui presenterebbe una capacità lavorativa residua del 50% anche in attività adeguate) sono respinte. È pure utile ricordare 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, che consentono il cambiamento frequente di posizione 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). Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie - per lo meno, fino al 14 giugno 2019 - sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici specialistici. Va ricordato che, quando 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. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6). Alla luce di quanto sopra esposto e 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 ha presentato/presenta, un'incapacità lavorativa, nell'attività abituale (operaio tuttofare) del 50% dal 1° ottobre 2016 al 13 settembre 2017 e del 100% dal 14 settembre 2017 e continua rispettivamente, in un'attività adeguata (rispettosa delle limitazioni poste dal medico SMR), dello 0% dal 1° ottobre 2016 al 13 settembre 2017, del 100% dal 14 settembre 2017 al 31 dicembre 2017 e dello 0% dal 1° gennaio 2018 e continua. Stante quanto precede la capacità lavorativa del ricorrente (100% in qualsiasi attività dal 20 novembre 2008), come accertata nella decisione del 13 luglio 2009 (doc. 19 incarto AI), è peggiorata dal 1° ottobre 2016 (50% nell'attività abituale e 100% in attività adeguate) e dal 14 settembre 2017 (0% in qualsiasi attività lavorativa). In seguito, in particolare a decorrere dal 1° gennaio 2018, la capacità lavorativa residua è migliorata (100% in attività adeguate).

2.9. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie devono pertanto considerati i dati del 2017 (il danno alla salute risale, infatti, all'ottobre 2016 e l'eventuale prestazione dovrebbe essere versata dal 1° ottobre 2017, ovvero alla scadenza dell'anno d'attesa ex art. 28 LAI).

2.10. Nella decisione del 14 giugno 2019, qui avversata (doc. 93 incarto AI), l'UAI, ha respinto la richiesta di prestazioni, in quanto, l'assicurato - a fronte di un reddito "da valido" di fr. 28'828 .-, "considerando il suo massimo reddito conseguito in carriera (2011) ed aggiornato al 2016" (doc. 93, pag. 2 incarto AI) e un reddito "da invalido" di fr. 63'791.-, determinato in base alla TA1 2014, attività semplici e ripetitive, livello 1 di competenze, uomini, riportato un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 ed aggiornato al 2016, applicando una decurtazione sociale del 5% per attività leggere (doc. 69 e doc. 93, pag. 2 incarto AI) - presentava un grado di invalidità nullo (doc. 93, pag. 2 incarto AI). Il ricorrente contesta anche in questa sede l'operato dell'UAI per non avere applicato nel caso di specie il "parallelismo dei redditi". Rileva infatti che, nonostante gli sforzi intrapresi, non era mai riuscito a trovare un'occupazione maggiore e meglio retribuita di quella di fattorino per la consegna delle pizze su chiamata. A suffragio delle proprie argomentazioni ha prodotto la conferma del 16 settembre 2014 della registrazione nel sistema COLSTA dell'Ufficio regionale di collocamento (in seguito: URC) di \_\_\_\_\_ dal 1° luglio 2011 al 1° settembre 2014, quale disoccupato totale (prima attivo con esaurimento del diritto alle indennità LADI) con disponibilità lavorativa al 100% (doc. A3). Nella decisione avversata, in merito alla questione economica, l'UAI ha osservato quanto segue: " GAP A tal proposito, si rammenta che, laddove il reddito da valido si trova ad essere inferiore alla media dei salari e la persona assicurata, per motivi non imputabili (quali scarsa formazione

scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media e non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, occorre parallelizzare i due redditi da porre a confronto. Nel caso specifico, nei lunghi anni in cui disponeva della piena capacità al lavoro ed al guadagno, non vi era impedimento di qualsiasi natura che la ostacolasse a reperire un impiego a tempo pieno e di fatto oggettivamente appagato dalla condizione economica in cui versava avvalendosi oltremodo degli aiuti sociali.” (doc. 93, pag. 3 incarto AI). In sede di risposta, l’UAI ha osservato quanto segue: " Per quanto riguarda invece l'aspetto economico lo scrivente Ufficio conferma integralmente le argomentazioni esposte dall'amministrazione all'interno della decisione impugnata in base alle quali il Signor RI 1 non presenta alcuna perdita di guadagno (cfr. anche a tal proposito doc. 69 e 70 incarto AI)." (cfr. doc. VI, pag. 4). L’insorgente ha pure chiesto l’applicazione di una deduzione sociale del 25% al reddito “da invalido” “ per fattori personali, nello specifico a causa dell’evidente difficoltà di reinserimento nel mondo del lavoro. La mia ultima attività lucrativa risale al 2016 e quindi ritengo sia opportuno che io possa beneficiare di un sostegno da parte dell’AI per il rientro al lavoro ” (doc. I, pag. 2). 2.11. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all’inizio dell’eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito 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 adeguato al rincaro e all’evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un’azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l’assicurato avrebbe potuto conseguire senza l’invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). In circostanze particolari, si può infatti ricorrere ai dati statistici risultanti dall’inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall’Ufficio federale di statistica (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 non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico, segnatamente qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l’ultima attività professionale dell’assicurato o se l’ultimo salario percepito non corrispondesse manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; ad esempio se l’assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o 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 (cfr. sentenza 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti; sentenza 9C\_348/2016 del 7 dicembre 2016 consid. 3.2.3; Su questo tema vedi anche D. Cattaneo, "Rassegna di sentenze recenti nel diritto delle assicurazioni sociali", in: Rivista ticinese di diritto, I-2017, pag. 342). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all’esperienza generale, continuato l’attività

precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c; STCA 32.2018.143 del 18 giugno 2019, consid. 2.9). 2.11.1. Per quanto concerne il reddito "da valido", l'UAI ha ritenuto che, se non fosse subentrato il danno alla salute (nel 2016) e avesse continuato a svolgere la sua abituale attività lavorativa (operaio tutto fare interinale), l'assicurato avrebbe potuto percepire un salario annuo lordo di fr. 28'828.- per l'anno 2016, "considerando il suo massimo reddito conseguito in carriera (2011) ed aggiornato al 2016" (doc. 70 e 93, pag. 2 incarto AI). Il TCA non ha motivo di scostarsi da tale dato, fissato dall'amministrazione in base al reddito massimo conseguito in carriera (2011) dall'assicurato ed aggiornato al 2016. Stante quanto precede il reddito "da valido" dell'assicurato "operaio tutto fare interinale" ammonta a fr. 28'828.- per il 2016. Nella decisione del 14 giugno 2019 (doc. 93 incarto AI), qui avversata, l'amministrazione ha considerato un reddito "da valido" di fr. 28'826.- per il 2016. Tale modo di procedere non può essere tutelato. Nel caso di specie devono essere, infatti, considerati i dati del 2017 (cfr. consid. 2.9). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, quindi per il 2017 (cfr. la tabella T1.1.10: "Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2018"), un reddito annuo di fr. 28'970.30 (ovvero fr. 28'826.- + 0.5%). Il reddito "da valido" dell'assicurato è quindi fissato, per il 2017, in fr. 28'970.13. Il TCA non ignora che, dalla conferma del 16 settembre 2014, l'assicurato risulta essere stato registrato nel sistema COLSTA dell'Ufficio regionale di collocamento (in seguito: URC) di \_\_\_\_\_ dal 1° luglio 2011 al 1° settembre 2014, quale disoccupato totale (prima attivo con esaurimento del diritto alle indennità LADI) con disponibilità lavorativa al 100% (doc. A3). Dalle tavole processuali emerge pure che l'assicurato è stato licenziato con effetto al 31 agosto 2016, quale addetto alla consegna di pizze a domicilio, dalla \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, al termine di una ristrutturazione del personale (cfr. consid. 1.2) e, quindi, indipendentemente dal danno alla salute (che risale al successivo 1° ottobre 2016: cfr. consid. 2.8). Continuava, invece, a lavorare quale necroforo-portabara su chiamata presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 1.2). Qualora si volesse quindi considerare, per pura ipotesi di lavoro, che l'assicurato fosse disoccupato al momento dell'insorgere del danno alla salute per motivi indipendenti da esso, il suo reddito da valido andrebbe stabilito in base ai dati statistici risultati dalla RSS. Difatti, per costante giurisprudenza federale, se la persona assicurata era disoccupata al momento in cui le è occorso l'infortunio oppure se nel periodo sino all'inizio della rendita essa avrebbe perso il posto di lavoro anche senza l'infortunio, il reddito da valido deve essere desunto dai dati della rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (cfr., tra le tante, la STF 8C\_314/2019 del 10 settembre 2019 consid. 6.1 e riferimenti ivi citati; la STF 8C\_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 in

fine e riferimento ivi citato e la STF 9C\_501/2013 del 28 novembre 2013, consid. 4.2 in fine e 4.3.2 e riferimenti ivi citati; in questo senso, si veda pure L. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in RtiD II-2006, p. 316; STCA 35.2016.93 del 5 aprile 2017, consid. 2.8; STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019, consid. 2.5.1; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.9; STCA 35.2019.25 del 5 settembre 2019, consid. 2.6; STCA 35.2019.48 del 16 ottobre 2019, consid. 2.9; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.6.1). Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2016 TA 1, l'assicurato, svolgendo nel 2016 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'340. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'566.95 mensili oppure a fr. 66'803.40 per l'intero anno (fr. 5'566.95 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 67'070.61 (+ 0.4%; STCA 35.2019.60 del 23 agosto 2019, consid. 2.3.8). In questo caso il reddito "da valido" dell'assicurato, per il 2017, ammonterebbe a fr. 67'070.61. Il TCA osserva che, quand'anche si volesse prendere in considerazione l'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato, ovvero un reddito "da valido", per il 2017, di fr. 67'070.61 (che però, giova qui ribadire non ha mai percepito durante la sua carriera professionale), egli non ne trarrebbe alcun giovamento, non raggiungendo comunque in grado di invalidità pensionabile, per i motivi che verranno indicati, di seguito, al consid. 2.13. 2.12. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che 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 una 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). 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

## **E. 5**

settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49

consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito 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 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata successivamente confermata dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5 (STCA 32.2018.143 del 18 giugno 2019, consid. 2.10).

2.12.1. Per quanto concerne il reddito "da invalido", l'UAI, ha ritenuto che l'assicurato, nel 2016 avrebbe percepito un salario annuo lordo di fr. 63'791.-, determinato in base alla TA1 2014, attività semplici e ripetitive, livello 1 di competenze, uomini, riportato un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 ed aggiornato al 2016, applicando una decurtazione sociale del 5% per attività leggere (doc. 69 e doc. 93, pag. 2 incarto AI). Per calcolare il reddito "da invalido" nel 2016, l'amministrazione ha applicato la TA 1 2014, allorquando il TF ha stabilito che vanno utilizzati i dati statistici più recenti disponibili al momento del rilascio della decisione (in casu, 14 giugno 2019: doc. 93 incarto AI) e quindi, nel caso di specie, quelli del 2016 (cfr. DTF 143 V 295 consid. 4.1.7; STCA 35.2019.39 del 21 ottobre 2019, consid. 2.8). Inoltre, nel caso di specie devono essere considerati i dati del 2017 (cfr. consid. 2.9). Anche per questi aspetti, il modo di procedere dell'UAI non può, quindi, essere tutelato. Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2016 TA 1, l'assicurato, svolgendo nel 2016 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'340. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'566.95 mensili oppure a fr. 66'803.40 per l'intero anno (fr. 5'566.95 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 67'070.61 (+ 0.4%; STCA 35.2019.60 del 23 agosto 2019, consid. 2.3.8).

2.12.2. L'UAI ha applicato una decurtazione sociale del 5% per attività leggere (doc. 69 e doc. 93, pag. 2 incarto AI). Dal canto suo l'assicurato, chiede l'applicazione di una deduzione sociale del 25% "per fattori personali, nello specifico a causa dell'evidente difficoltà di reinserimento nel mondo del lavoro. La mia ultima attività lucrativa risale al 2016 e quindi ritengo sia opportuno che io possa beneficiare di un sostegno da parte dell'AI per il rientro al lavoro" (doc. I, pag. 2). A questo proposito il TCA ricorda 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). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella sentenza 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. 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, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 5%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Va osservato che il fatto di avere una limitata 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 questo senso la 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.). Nella STF 8C\_482/2016 del 15 settembre 2016 pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17 l'Alta Corte ha ribadito che in caso d'applicazione del livello di qualifiche 4 della RSS 2010 sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche. Trattandosi di lavori ausiliari il fattore età non gioca imperativamente un effetto di riduzione sui salari (cfr. STF 8C\_482/2016 del 15 settembre 2016, consid. 5.4.2). Applicando una riduzione sociale del 5% il reddito "da invalido" dell'assicurato si attesta, per il 2017, a fr. 63'717.08 (fr. 67'070.61 ridotto del 5% ovvero di fr. 3'353.53). Il reddito "da invalido" dell'assicurato è quindi fissato, per il 2017, in fr. 63'717.08. 2.13. Confrontando ora il reddito "da invalido" di fr. 63'717.08 con il relativo reddito "da valido" di fr. 28'970.13, si ottiene, per il 2017, un grado d'invalidità nullo. Va qui la pena di ricordare la STF 8C\_215/2015 del 17 novembre 2015 ove il Tribunale federale ha confermato un salario da valido di fr. 57'600.- e un salario da invalido di fr. 60'463.- fissato sulla base del metodo delle DPL, osservando - in particolare al consid. 4.2 - quanto segue: "(...) Die SUVA ermittelte aufgrund der DAP-Zahlen ein Invalideneinkommen von Fr. 60'463.-. Vergleicht man diesen Wert mit dem von der SUVA auf Fr. 57'600.- bemessenen Valideneinkommen, so ergibt sich ein negativer Invaliditätsgrad. Soweit der Beschwerdeführer bereits daraus schliesst, die Bemessung nach den DAP-Zahlen sei unzulässig, ist Folgendes festzuhalten: Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre.

Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Negative Invaliditätsgrade können resultieren, da demnach gemäss der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs jener Verdienst, welchen der Versicherte ohne Gesundheitsschaden auf dem konkreten Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich erzielen würde, in Beziehung gesetzt wird mit jenem Einkommen, das er trotz des Gesundheitsschadens auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch erzielen könnte (vgl. zu dieser Problematik: Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 126 f.). Negative Invaliditätsgrade sind somit eine Folge der Rechtsprechung zur Bemessung des Valideneinkommens und können sich unabhängig von der Methode (LSE oder DAP), nach der das Invalideneinkommen bemessen wird, ergeben. (...)" (cfr., per dei casi analoghi, anche la STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.9, ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 48'750.- e un salario da invalido di fr. 52'860.40 e la STCA 32.2018.180 del 4 settembre 2019, consid. 2.8, ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 50'560.- e un salario da invalido di fr. 63'790.80). Confrontando ora, per pura ipotesi di lavoro, il reddito "da invalido" di fr. 63'717.08 con il relativo reddito "da valido" di fr. 67'070.61, si otterrebbe, per il 2017, un grado d'invalidità del 5%  $[(67'070.61 - 63'717.08) \times 100 : 67'070.61 = 4.99\%$  arrotondato al 5% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121), che parimenti non darebbe diritto a una rendita d'invalidità. A fronte di un grado di invalidità nullo o, nella ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato, del 5%, egli non ha nemmeno diritto a provvedimenti professionali reintegrativi, oltre a quello (formazione breve nel settore del commercio al dettaglio, presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dall'11 febbraio al

## **E. 9**

marzo 2019 che ha interrotto; cfr. consid. 1.3 e 1.4) di cui ha già beneficiato in corso di procedura amministrativa. Nella decisione avversata (doc. 93, pag. 2 incarto AI) l'UAI non ha, quindi, correttamente, previsto altri provvedimenti professionali. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione avversata confermata. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.- e fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- vanno poste a carico dell'insorgente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria "limitatamente alle eventuali spese procedurali generate dalla causa in corso, qualora queste debbano essere poste a mio carico" (doc. V; n.d.r.: la sottolineatura non è della redattrice). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). Secondo l'art. 28 cpv. 2 Lptca la disciplina della difesa d'ufficio gratuito patrocinio è retta dalla Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza

giudiziaria. L'art. 2 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, prevede: " L'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative." Inoltre giusta l'art. 3 cpv. 1 LAG l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Il ricorrente è disoccupato ed in assistenza ed è, quindi, indigente (doc. A5). Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'assistenza giudiziaria (intesa quale esenzione dalle tasse e spese processuali) a favore dell'assicurato va quindi concessa, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la sua situazione economica dovesse in futuro migliorare (Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

#### **E. 10**

kg scende a 5 kg perlomeno per qualche mese. Se così non fosse sarebbe necessario un accertamento specialistico, previo aggiornamento della documentazione medica (dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_).■ (doc. 85 incarto AI).

Il 7 maggio 2019 (doc. 90 incarto AI e doc. A2) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione nonché medico curante dell'■assicurato dal 2015, ha posto le diagnosi di:

Nell'■annotazione del 13 giugno 2019 (doc. 92 incarto AI) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato quanto segue:

Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione avversata confermata.

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