

TI_GERICHTE 32.2019.37 vom 13. Februar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-02-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.37

FR: TI_GERICHTE 32.2019.37 du 13 février 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2019.37 del 13 febbraio 2020

Erwägungen

E. 25

aprile 2014, cui fa cenno l'interessato nella replica del 25 marzo 2019, e che fa stato di artefatti metallici a causa di una scheggia metallica nel tessuto molle presumibilmente a livello distale del muscolo bicipite brachiale (pag. 77 incarto LAINF). Anche nel rapporto del 29 luglio 2014 della _____, agli atti, se ne discute (pag. 123 incarto LAINF: [] Purtroppo a causa di una scheggia metallica a livello del bicipite i risultati sono stati di difficile lettura e pag. 124: avverto sempre dei fastidi anche a livello del gomito sinistro [] purtroppo i medici non hanno tolto il ferro presente nel bicipite per poi poter effettuare una risonanza magnetica efficace).

Ne segue che la problematica al gomito sinistro è stata adeguatamente valutata dal perito e dai medici SMR dell'UAI e non necessita di ulteriori approfondimenti.

Quanto alla richiesta del ricorrente di ordinare anche una perizia ortopedica perché il perito l'avrebbe consigliata, va in primo luogo sottolineato che lo specialista ha in realtà affermato che non è necessario una perizia bi-disciplinare ma si consiglia un'eventuale visita ortopedica per valutare se vi sono indicazioni chirurgiche al ginocchio sx (pag. 5 della perizia). A questo proposito il dr. med. _____ ha ritenuto che la visita è consigliata per esaminare se vi sia la possibilità, tramite un intervento, di migliorare la capacità lavorativa del ricorrente ([] Eventuale visita ortopedica per valutare se vi sono indicazioni chirurgiche al ginocchio sx. Potrebbe migliorare la capacità lavorativa per un lavoro adeguato allo stato di salute del paziente). Egli non ha invece ritenuto necessario allestire una perizia anche in ambito ortopedico.

"()

4.1 A sostegno della sua tesi, il ricorrente osserva che non si tratta unicamente di statuire su due valutazioni mediche divergenti (quelle dei medici incaricati dall'assicuratore malattia, da un lato, e quelle dei medici curanti dall'altro), ma anche di considerare che il dott. F. _____ è passato all'atto di un delicato intervento chirurgico che è riuscito e che ora lo fa stare bene. Egli mette inoltre in dubbio il fatto che la Corte cantonale si sia fondata sul parere di esperti competenti, in possesso dei requisiti necessari. Sostiene al contrario che, essendo le ernie discali di competenza di un neurochirurgo, la valutazione del caso non poteva essere affidata a un reumatologo e a un chirurgo ortopedico.

4.2 Nella misura in cui contesta, per la prima volta in sede federale, la competenza dei dott. G. _____ e R. _____, il ricorrente fa (implicitamente) valere un motivo di ricusa per fondati motivi ai sensi dell'art.44 LPGA (cfr. Ueli Kieser, Arzt als Gutachter, in *Arztrecht in der Praxis*, 2a ed. 2007, pag. 438; lo stesso, *ATSG-Kommentar*, 2a ed. 2009, pag. 568, n. 18 all'art.44). Già solo per questo motivo, ci si potrebbe seriamente domandare se la censura, che poteva senz'altro essere sollevata in sede cantonale, non sia contraria al principio della

buona fede, valido pure in ambito procedurale (DTF 130 III 66consid. 4.3 pag. 75;127 II 227consid. 1b pag. 230;121 I 30consid. 5f pag. 38), e in particolare all'obbligo incombente alle parti di invocare motivi di riconsuazione non appena ne abbiano conoscenza (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 193/05 del 7 settembre 2006, riassunta in RSAS 2007 pag. 61, consid. 3.5).

La questione può tuttavia rimanere indecisa in quanto il primo giudice poteva validamente e senza arbitrio fondarsi sulle valutazioni degli specialisti incaricati da [omissis] per statuire sul merito. Basti a tal proposito rilevare che, come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. Per quanto concerne più precisamente la problematica relativa all'ernia discale - comunque convincentemente esclusa dai medici interpellati dall'opponente - va inoltre precisato che essa non necessariamente è di sola competenza del neurologo, ma può anche essere di pertinenza ortopedica (cfr., alla voce ernia discale, La grande enciclopedia medica UTET, 2007, VI vol., pag. 132), come del resto hanno già (implicitamente) avuto modo di rilevare in altre occasioni le istanze giudiziarie (in questo senso ad esempio sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 59/93 del 12 aprile 1994 consid. 2-4).

Per il resto, le sentenze cui rinvia il ricorrente per dimostrare che la mancata specializzazione dei medici intervenuti determinerebbe una palese violazione del principio dell'accertamento d'ufficio dei fatti, riguardano accertamenti in ambito psichiatrico operati da medici non specialisti della specifica disciplina e non sono manifestamente pertinenti alla vertenza qui in esame. ()

Anche in concreto, rilevato come l'interessato, conformemente alla giurisprudenza (cfr. DTF 137 V 210), è stato preventivamente reso attento circa il nome del perito e la necessità di un esame medico reumatologico in data 29 gennaio 2018 (pag. 264 incarto AI) e non ha sollevato alcuna obiezione in merito alla sua specializzazione nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la riconsuazione (cfr. pag. 267 e seguenti incarto AI; cfr. anche osservazioni del 26 novembre 2018 al progetto di decisione con le quali l'interessato non contesta la specializzazione del perito, né chiede l'allestimento di un referto anche in ambito ortopedico), ci si potrebbe chiedere se la sua censura non sia tardiva.

In ogni caso, come rilevato in entrata, il perito reumatologo ha esplicitamente affermato che non è necessario procedere con una perizia bidisciplinare e la valutazione ortopedica è semmai necessaria per stabilire se effettuare un intervento al ginocchio sinistro atto a migliorare la capacità lavorativa dell'interessato.

Del resto, anche il medico SMR, dr. med. _____ è giunto alla medesima conclusione. Nelle annotazioni del 2 aprile 2019, rammentata la giurisprudenza, il medico rileva che le affezioni degenerative all'apparato locomotore sono quindi sia di competenza reumatologica sia di competenza chirurgica. Posto quindi che i due specialisti sono entrambi competenti nella diagnostica di simili affezioni e possono entrambi apprezzare le ripercussioni del danno alla salute sulla capacità lavorativa (recte: lavorativa) incaricare entrambi equivarrebbe ad una second opinion non ammessa nel diritto assicurativo. Va da sé che, a seconda del caso, appare più appropriato rivolgersi al reumatologo se si vogliono valutare le cure conservative e semi-invasive (come ad esempio le infiltrazioni), mentre l'incarico ad un chirurgo ortopedico appare più opportuno se si vogliono valutare eventuali

interventi/cure chirurgiche. Dato inoltre che in questo caso sia proprio il dr. _____ a confermare che non sia necessaria una perizia bi-disciplinare, reputiamo il nostro accertamento specialistico esaustivo()■ (doc. VIII/1).

A proposito del medico SMR non va dimenticato 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-assicurati-ve, 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 dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 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).

In concreto alla luce di quanto sopra non vi è pertanto alcun motivo per ordinare l'allestimento di una perizia ortopedica.

2.6. L'insorgente, nelle more processuali, ha prodotto alcuni referti del dr. med. _____ e del dr. med. _____, specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia, sostenendo la necessità di procedere con ulteriori approfondimenti e, anche in questo ambito, con l'allestimento di una perizia specialistica.

Come rileva correttamente l'UAI e, in più occasioni, il medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, a prescindere dell'eshaustività dei referti del dr. med. _____ e del dr. med. _____, prima dell'emissione della decisione impugnata dell'8 gennaio 2019, non era stata diagnosticata una patologia psichiatrica con influenza sulla capacità lavorativa, né emerge che prima di tale data l'interessato sia stato incapace al lavoro a causa di una patologia psichica.

Orbene, per costante giurisprudenza, il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferita sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; STFA U 29/04 dell'8 novembre 2005).

Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurato intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007).

Dalle tavole processuali emerge che il ricorrente è stato visitato per la prima volta dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, in data 30 aprile 2019. Sulla base di tale visita lo specialista ha certo attestato un'abilità lavorativa non superiore al 30%, ma in quell'occasione non ha posto alcuna diagnosi secondo i criteri scientificamente riconosciuti. Il dr. med. _____ ha rilevato di essere stato confrontato con una persona molto sofferente dal lato psichico, sofferenza mascherata da importanti somatizzazioni e da una sottile trama paranoidea. A livello diagnostico è emerso uno stato depressivo almeno di media gravità nell'ambito di un probabile disturbo paranoide della personalità. Dal lato

farmacologico non è stato possibile proporre una terapia antidepressiva proprio a causa della diffidenza e del timore legati all'interpretazione della realtà di natura persecutoria. Secondo lo specialista, visto il quadro psicopatologico, la prognosi, soprattutto per quanto concerne il disturbo della personalità, è sfavorevole. È inoltre presente il rischio di agiti in senso eteroaggressivo (doc. E).

Il 26 giugno 2019, dopo il quarto incontro con l'insorgente, il dr. med. _____ ha posto la diagnosi di stato depressivo di media gravità (ICD 10 F32.1) e di disturbo di personalità paranoide (ICD 10 F60.0). Lo specialista ha evidenziato come la prima diagnosi non è facilmente identificabile a causa delle scarse capacità di mentalizzazione del ricorrente e la forte tendenza alla somatizzazione ed ha affermato che, se richiesta, sarebbe auspicabile la valutazione da parte di uno psichiatra che riesca a mettere a proprio agio l'insorgente e ad essere sufficientemente empatico. Ciò a causa della diffidenza legata al disturbo paranoide della personalità.

Il dr. med. _____ ha evidenziato che il disturbo è presente almeno dall'adolescenza e, da un'attenta ricostruzione anamnestica, risulta facilmente comprensibile.

L'interpretazione persecutoria della realtà è emersa chiaramente nelle ultime tre sedute e l'assicurato non è in grado di distanziarsene. Il fatto di non essere riconosciuto nelle sue problematiche di natura psicologica e somatica peggiora la situazione confermando i vissuti di stampo paranoide. In conclusione lo specialista ha auspicato che l'insorgente venga valutato tramite una perizia psichiatrica ed ortopedica (in modo da sentirsi preso sul serio) e suggerisce di non banalizzare la sofferenza del ricorrente (doc. F).

Come evidenzia il medico SMR, dr. med. _____, nelle parole del dr. med. _____ non vi è alcuna evidenza che segni o sintomi di depressione fossero presenti al momento della decisione impugnata dell'8 gennaio 2019, mentre per quanto concerne il disturbo di personalità si tratta di una condizione pervasiva presente dall'inizio dell'età adulta che non ha limitato l'assicurato nell'esercizio della sua attività abituale di montatore di ascensori (la rendita della _____ del 25% attribuita dal 1998 non è infatti dovuta a motivi psichici, bensì alla patologia al ginocchio destro [cfr. incarto LAINF]), dunque senza influsso sulla capacità lavorativa in genere, e che comunque è stata evocata per la prima volta il 26 giugno 2019 (doc. XX/2).

Nulla cambia la presa di posizione del dr. med. _____ del 22 agosto 2019, il quale pur confermando lo stato depressivo di media gravità nell'ambito di un disturbo di personalità di tipo paranoide, ha ribadito la necessità di una perizia psichiatrica senza tuttavia apportare elementi di novità. Egli del resto ha rilevato che il fatto che lo stato depressivo non fosse presente al momento della decisione impugnata, non esclude che possa essersi sviluppato in seguito (sarebbe però necessario visitare il ricorrente per stabilirlo).

Lo specialista ha poi rilevato che per quanto concerne il disturbo di personalità, evidentemente lo stesso non è mai stato diagnosticato, ma è con grande probabilità presente a partire dall'adolescenza ed ha ribadito la necessità di visitare l'insorgente e raccogliere una dettagliata anamnesi. In passato è possibile che il ricorrente sia riuscito a mantenere un precario equilibrio psichico che gli ha consentito di mantenere un funzionamento lavorativo sufficiente. L'evoluzione del quadro clinico è purtroppo stata sfavorevole ed ha accentuato la percezione di stampo persecutorio della realtà compromettendo il funzionamento lavorativo e generale dell'assicurato (doc. G).

Neppure il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nel referto del 15 ottobre 2019 riporta elementi di novità (doc. G1). Egli non pone del resto alcuna diagnosi secondo una classificazione internazionale riconosciuta, pur affermando che l'insorgente soffre di una psicopatologia che in questo caso interferisce marcatamente con il funzionamento e le prestazioni sociali lavorative e familiari. Secondo lo specialista l'evoluzione della psicopatologia mostra un deficit nel raggiungimento di una stabilità, non solo lavorativa, ma anche psichica, affettiva e sociale. Il ricorrente presenta una condizione di malessere che interferisce pesantemente con il funzionamento e le prestazioni sociali ne compromettono le risorse adattative. Inoltre presenta una importante fragilità psichica di base che rende difficile il raggiungimento di una discreta stabilità psichica ed emotiva condizionando la prognosi quoad valetudinem che appare sfavorevole. Lo specialista conclude affermando che l'insorgente mostra una sintomatologia psichiatrica a carattere paranoideo che si ripercuote sulla capacità lavorativa, relazionale e comporta una limitazione marcata sull'abilità lavorativa, senza tuttavia quantificare l'incapacità lavorativa e senza sostenere che essa fosse già presente prima dell'8 gennaio 2019.

Infine, il dr. med. _____, dopo aver visto l'insorgente il 17 dicembre 2019, ha confermato quanto già accertato in precedenza (doc. XL/1). Lo specialista ha rilevato di non capire la presa di posizione dello psichiatra dottor _____ il quale non ha mai visitato il paziente e, solo perché la diagnosi è emersa dopo la decisione AI, ritiene non opportuna una sua valutazione diretta o una perizia psichiatrica neutrale. Ancora più incomprensibile risulta, di conseguenza, il fatto che ci si permetta di criticare quanto oggettivato dal dottor _____ in una sola visita. Confermate le diagnosi, il dr. med. _____ ha sostenuto che per evidenziare la diagnosi di disturbo paranoideo della personalità è indispensabile instaurare un rapporto di fiducia che consenta al paziente di aprirsi e, anche se con estrema difficoltà a causa della diffidenza presente, manifestare la profonda sofferenza e il grave disagio che tale disturbo determina nell'affrontare la quotidianità. Per questo motivo, il citato disturbo, di solito presente a partire dall'adolescenza, può rimanere non diagnosticato per anni o, addirittura, non esserlo affatto. La presa di posizione del dottor _____, non argomentata, paradossalmente conferma i vissuti persecutori del ricorrente. In conclusione lo specialista ha chiesto che l'insorgente venga finalmente peritato e che si abbandonino prese di posizione preconcette.

Questo Tribunale rileva che le prese di posizione degli psichiatri curanti, generiche, non accertano una incapacità lavorativa derivante da una patologia psichica prima dell'8 gennaio 2019.

Anche se il dr. med. _____ sostiene che l'interessato è affetto da un disturbo di personalità paranoide (ICD 10 F60.0) fin dall'adolescenza, ciò non ha impedito il ricorrente di svolgere un'attività lavorativa fino al 2015, limitata unicamente da problematiche di tipo fisico.

Le visite psichiatriche sono di molto successive alla data dell'emissione della decisione impugnata (la prima risale al 30 aprile 2019) e i dr. med. _____ e _____, proprio perché hanno esaminato il ricorrente solo dal mese di aprile del 2019, non oggettivano la presenza di un'incapacità lavorativa dal punto di vista psichico anteriore alla loro visita. Del resto neppure il medico curante dr. med. _____, che conosce il ricorrente dal lontano 26 maggio 1989 (cfr. doc. 77 incarto AI, pag. 231), l'8 gennaio 2018 (doc. 88 incarto AI), chiamato dall'UAI ad attestare l'evoluzione dello stato di salute del ricorrente ed a fornire la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, ha accennato alla

presenza di una patologia psichica. È vero che il dr. med. _____ è un medico generalista, tuttavia, conoscendo l'assicurato dal 1989, non vi è alcun dubbio che se vi fosse stata una patologia psichiatrica con influenza sulla capacità lavorativa, alla luce della sua esperienza, avrebbe avuto le conoscenze mediche per rilevarla.

Ora, l'allestimento di una perizia psichiatrica successiva alla data di emissione della decisione impugnata, in assenza di una qualsiasi attestazione circa la presenza di un'incapacità lavorativa antecedente l'8 gennaio 2019 e di qualsiasi visita medica precedente che confermi la presenza di tali patologie, non modificherebbe l'esito della procedura. Infatti il perito non potrebbe che accertare lo stato di salute al momento della visita peritale e tutt'al più sulla base delle visite effettuate dagli specialisti, tutte successive all'8 gennaio 2019 (cfr. sentenza 4A_42/2017 del 29 gennaio 2018 in ambito di indennità giornaliera per perdita di guadagno rette dalla LCA, consid. 3.3 e 3.3.3 [Or, en l'occurrence, il n'y avait rien d'insoutenable à retenir que cette expertise ne permettrait pas d'établir l'état de santé de l'assuré, l'expert étant renvoyé à cet égard aux renseignements des médecins traitants]).

Alla luce di quanto sopra occorre concludere che l'asserita incapacità lavorativa derivante da una patologia psichica è semmai insorta dopo l'8 gennaio 2019 e dovrà essere semmai oggetto di un'altra procedura.

Non vi è pertanto alcuna violazione degli art. 9 e 29 della Costituzione federale nel rifiutare l'allestimento di una perizia psichiatrica.

In conclusione questo TCA deve confermare che l'insorgente, totalmente incapace al lavoro nella sua attività di montatore di ascensori dal 1° giugno 2017, è incapace al lavoro al 40% (intesa come riduzione del rendimento) in attività confacenti al suo stato di salute dal novembre 2017 (doc. 98 incarto AI).

2.7. Va ora esaminato qual è il grado d'invalidità dell'assicurato.

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).

In concreto, dalla documentazione agli atti, emerge che l'interessato, quale montatore di ascensori, presso il precedente datore di lavoro, lavorando al 100%, nel 2016 avrebbe potuto conseguire un reddito di fr. 89'050, nel 2017 di fr. 89'700 e nel 2018 di fr. 91'000 (doc. 101 e 106 incarto AI).

2.8. Circa 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 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 del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04).

Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016 *tirage_skill_level* (NOGA08, RSS 2016; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), pubblicata il 26 ottobre 2018 (cfr. www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/tabella.assetdetail.6286473.html), ossia prima dell'emissione della decisione impugnata, emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 64'080.- (Fr. 5'340.- x 12 mesi).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: **Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique**), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'803.40 (fr. 64'080: 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Tale reddito è conforme a quanto già stabilito dal TCA nelle sentenze 32.2018.197 del 2 ottobre 2019 e 32.2018.148 del 1° luglio 2019 e diverge da quello stabilito dall'UAI e fissato in fr. 67'148 nella decisione impugnata (doc. A).

Va ancora evidenziato che la nuova domanda, datata 29 novembre 2017 (doc. 81 AI), è stata ricevuta dall'UAI il 11 dicembre 2017 (cfr. doc. AI 86 ed 82) e che l'eventuale diritto alla rendita è insorto dal 1° giugno 2018 (cfr. art. 29 cpv. 1 LAI; cfr. sentenza 9C_297/2018 del 9 agosto 2018, consid. 3.2). Ciò che del resto l'insorgente non contesta.

Nell'ambito del raffronto dei redditi è determinante quello che l'assicurato avrebbe potuto conseguire al momento della nascita della rendita, in concreto il 2018 (cfr. sentenza 9C_297/2018 del 9 agosto 2018, consid. 3.2 e DTF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Con un orario di lavoro sempre di 41.7 ore a settimana, si ottiene, nel 2018, un reddito di fr. 67'445.1233 (66'803.4 : 104.1 X 105.1 [cfr. la tabella: **Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique**]).

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.

L'Alta Corte 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).

In concreto l'UAI ha riconosciuto una riduzione del 10%, per attività leggera, considerato che l'incapacità lavorativa del 40% già include la riduzione del rendimento, comprensiva sia dell'alternanza della postura al bisogno che della necessità di pause supplementari (cfr. pag. 278 incarto AI).

Questo Tribunale, che, di massima, non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato.

Infatti, a proposito della riduzione del rendimento, con sentenza 9C_149/2015 del 22 marzo 2016 il TF al consid. 4.1 ha ribadito che:

"Nel caso concreto l'autorità giudiziaria precedente, sulla base dei dati peritali, ha ritenuto la capacità lavorativa di A. _____ dell'80% (che si traduce nella presenza durante tutto il giorno con rendimento ridotto) in un'attività rispettosa dei limiti funzionali. Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale in caso di presenza lavorativa durante tutto il giorno ma con limitazioni, in concreto del 20%, non vi è più spazio per alcuna riduzione riconducibile all'impossibilità di svolgere un'attività a tempo pieno (cfr. fra tante: sentenze 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 5; 9C_980/2008 del 4 marzo 2009 consid. 3.1.2 e 9C_344/2008 del 5 giugno 2008 consid. 4). Detto altrimenti, il fatto che l'opponente non possa svolgere un'attività adeguata al 100% ma unicamente nella misura dell'80% è già stato considerato dall'amministrazione allorquando ha ridotto il reddito da invalido del 20% per il minor rendimento e non vi è più spazio per ulteriori riduzioni di sorta. ■

Ne segue che non vi è alcuna possibilità di procedere ad una riduzione ulteriore dovuta alla circostanza che l'interessato può svolgere un'attività confacente al suo stato di salute unicamente con una riduzione del rendimento su un tempo di lavoro normale.

Neppure un'ulteriore riduzione dovuta agli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute può trovare accoglimento. Nella valutazione della riduzione del rendimento del 40%, come visto sopra, se ne è già tenuto conto (cfr. pag. 278).

Quanto al fattore età, non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 4.3; sentenza 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 6.2).

Infine, alcuna riduzione supplementare può essere concessa in ragione della nazionalità _____ del ricorrente, il quale, al beneficio di un permesso C, a parte una breve parentesi dal 2000 al 2003 (cfr. doc. 79 incarto AI), si trova in Svizzera dal 1971 (cfr. doc. 79 incarto AI e pag. 240 incarto AI).

Alla luce di tutto quanto sopra esposto non vi è alcun motivo, nel preciso caso di specie, per scostarsi dalla riduzione del 10% effettuata dall'UAI.

Raffrontando il reddito da valido di fr. 91'000, con quello da invalido di fr. 67'445.13, ridotto del 40% a fr. 40'467.08 e del 10% a fr. 36'420.37, si ottiene un grado d'invalidità del 59,97%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 60%, che dà diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita (art. 28 cpv. 2 LAI).

In queste condizioni il ricorso va parzialmente accolto e la decisione impugnata deve essere modificata nel senso che il ricorrente, dal 1° giugno 2018, ha diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita.

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico dell'UAI in ragione di fr. 400.-- e del ricorrente in ragione di fr. 100.--.

All'insorgente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili.

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