

TI_GERICHTE 32.2020.14 vom 17. Dezember 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-12-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.14

FR: TI_GERICHTE 32.2020.14 du 17 décembre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2020.14 del 17 dicembre 2019

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 2.5. In concreto questo TCA non ha alcun motivo per scostarsi dagli accertamenti effettuati dall'assicuratore contro gli infortuni, segnatamente la valutazione figurante nella visita _____ del 10 settembre 2018 dei dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore e del dr. med. _____, specialista in chirurgia e fatti propri dall'UAI (doc. 286 incarto AI/Sezione LAINF). Il referto è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali

ricordati al considerando precedente. Gli specialisti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita effettuata presso di loro. Al referto va attribuita piena forza probante. I medici hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute del ricorrente prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'insorgente ed acquisita nel corso della procedura. Dopo aver descritto gli atti, le dichiarazioni dell'assicurato ed i reperti, gli specialisti hanno stabilito che l'insorgente, completamente inabile nella precedente attività di manovale/muratore, può svolgere, con le limitazioni ivi descritte (deve evitare di camminare per lunghi tratti, attività nelle posizioni inginocchiate e in piedi per tempi oltre un'ora. Attività con il bisogno di salire le scale e sui ponteggi e camminare sui terreni irregolari sono esclusi da questo profilo), un'attività leggera e confacente al suo stato di salute, compresa quella di autista, in maniera completa. Il dr. med. _____ ha poi precisato che il ricorrente non può sollevare pesi superiori ai 15 kg. L'assicurato non ha prodotto alcuna documentazione medica atta a sovvertire le motivate e convincenti conclusioni dei medici della _____, ma si è limitato a genericamente mettere in dubbio le valutazioni contenute nel referto del 10 settembre 2018. L'insorgente sostiene che il rapporto non si fonda su esami completi e che i punti litigiosi importanti non sono stati oggetto di uno studio approfondito, affermando, senza addurre alcun argomento, che le conclusioni del medico _____ non sarebbero ben motivate. Egli tuttavia non apporta alcuna valida documentazione medica che possa oggettivare i suoi asseriti disturbi fisici e quindi che comprovi che il suo reale stato di salute sia peggiore di quello accertato, da ultimo, con la decisione impugnata dall'Ufficio assicurazione invalidità. Al riguardo occorre 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 perciò 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 32.2019.221 del 17 luglio 2019; STCA 32.2019.220 del 6 luglio 2020; STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; 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; STCA 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Nel caso concreto, specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi al TCA. Quanto alla circostanza che vi sono ulteriori patologie extra infortunistiche (ernie lombari e dolori al menisco) che non sarebbero state soppesate e clinicamente verificate, va confermata la valutazione dell'11 febbraio 2020 del medico SMR dr. med. _____ (doc. IV). Rammentato che i medici della _____ hanno posto la diagnosi non di loro pertinenza, di artrosi anca sinistra e ernia distale lombare, il dr. med. _____ ha rettamente evidenziato come l'insorgente, in occasione

della visita _____, è stato sottoposto ad una visita ortopedica completa, in occasione della quale l'anca sinistra è risultata asintomatica, senza qualsiasi limite funzionale. Per contro a livello lombare vi era unicamente una dolenzia aspecifica sopra L4 alla palpazione, senza alcuna limitazione nella mobilità del rachide dorsale (l'assicurato riesce in pratica a toccare il suolo e l'esame neurologico degli arti inferiori è completamente nella norma). Il dr. med. _____ rileva inoltre che in occasione della visita presso il PD dr. _____ del 20 agosto 2019 (recte: 2018, cfr. doc. 265 incarto AI/Sezione LAINF), figura una radiografia dell'anca e del bacino destro del 15 agosto 2018 con una " lieve " coxartrosi bilaterale (" leichte Koxarthrose beidseits "). Egli ha concluso che non vi è di conseguenza alcuna patologia morbosa attiva che possa comportare ulteriori limiti funzionali rispetto a quelli descritti dai medici di _____. Chiamato ad esprimersi in merito (doc. V), l'assicurato è rimasto silente e non ha prodotto alcuna documentazione. Di conseguenza non è dimostrata una situazione diversa rispetto a quella accertata dai medici della _____, dr. med. _____ e dr. med. _____ e confermata dal medico SMR, dr. med. _____. 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-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 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, in assenza di qualsiasi documentazione medica contraria, questo TCA deve confermare le valutazioni dell'UAI secondo cui l'insorgente è stato completamente inabile al lavoro dal 10 dicembre 2015 a causa dell'infortunio, fino al 10 settembre 2018 (visita _____), quando, in attività leggere e confacenti al suo stato di salute, è stato dichiarato abile al lavoro al 100%. Occorre ora stabilire se l'interessato dal 1° gennaio 2019 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute accertato in occasione della visita _____) ha ancora diritto ad una rendita (cfr. anche art. 88a OAI). 2.6. Per quanto concerne l'aspetto economico, l'assicurato chiede da una parte che venga utilizzato il salario da valido rettificato, come effettuato dalla _____ e dall'altra che quale salario da invalido sia preso in considerazione quello effettivamente conseguito (con l'attività su chiamata di autista). Come emerge dalla sentenza 9C_710/2016 del 18 aprile 2017, al consid. 4.2, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido) è decisivo stabilire quanto essa guadagnerebbe, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, se non fosse divenuta invalida, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato nel modo più concreto possibile e, di regola, ci si fonderà sull'ultimo conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari (DTF 139 V 28 consid. 3.3.2 pag. 30; 135 V 58 consid. 3.1 pag. 59 con riferimenti). 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). Tuttavia, in circostanze particolari, ci si può scostare da questo valore e 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). Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2) In tale contesto, il Tribunale federale delle assicurazioni ha avuto modo di stabilire che i salari medi pagati in un settore hanno, di regola, la precedenza sulle retribuzioni fissate nei contratti collettivi di lavoro (sentenze I 424/05 del 22 agosto 2006 consid. 4; I 450/04 del 6 ottobre 2005 consid. 5.1; I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.3 e I 379/84 del 2 aprile 1985 consid. 3b pubblicata in: RCC 1986 pag. 434 seg.). In concreto l'UAI, con la decisione impugnata, ha fissato in fr. 60'998 il reddito da valido conseguito dall'insorgente, sulla base del questionario per il datore di lavoro agli atti (cfr. doc. A2). L'assicurato chiede in sostanza di prendere in considerazione il salario da valido utilizzato dalla _____, ossia nel 2018, fr. 71'268.56 (cfr. decisione su opposizione del 16 luglio 2019, doc. 298 pag. 6 incarto AI/Sezione LAINF), anche sulla base della sentenza del 29 gennaio 2020 emessa dal Pretore del Distretto di _____ e secondo cui l'interessato ha conseguito i diplomi necessari per meritare un inquadramento salariale migliore garantito dal CNM ed al quale il datore di lavoro deve attenersi (doc. A3). In sede di risposta l'UAI si è detta d'accordo circa il fatto che all'insorgente andava riconosciuta la formazione di muratore ed ha fissato, per il 2018, in fr. 74'063 il reddito senza invalidità, sulla base della Tabella TA1 2016, categoria 41-43, livello di qualifica 2, edita dall'Ufficio federale di statistica. Come rileva correttamente l'amministrazione, sulla base della giurisprudenza, di norma, va data priorità ai dati statistici, rispetto ai salari fissati in un contratto collettivo (sentenza 9C_348/2016 del 7 dicembre 2016; STCA 32.2018.94 del 6 maggio 2019). Del resto, in concreto, l'importo riconosciuto dall'UAI in sede di risposta, che l'insorgente non ha contestato (doc. V), è superiore, e dunque gli è maggiormente favorevole, rispetto a quello fissato dalla _____, cui lui stesso ha fatto riferimento (doc. I). Nel 2019, anno della continuazione dell'eventuale diritto alla rendita, il reddito da valido, arrotondato, ammonta quindi a fr. 74'795 (74'063 : 101.2 x 102.2 [Indice dei salari nominale, Uomini 2016-2019, Tabella

T1.1.15]). 2.7. 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). In concreto, l'insorgente ha chiesto di prendere in considerazione il reddito effettivamente conseguito quale invalido, e meglio quello di autista su chiamata a tempo parziale. Egli afferma che "l'UAI di fatto si è limitato a ribadire la propria posizione senza indicare in che misura e secondo quali criteri non risultino adempiuti i disposti ex Marginale 2.4.3.3. Circolare CIGI" (doc. I). Il capitolo 2.4.3.3. CIGI concerne la "Deduzione delle spese per il conseguimento del reddito causate dall'invalidità". I marginali da 3063 a 3065 di questo capitolo prevedono in particolare che possono essere dedotte dal reddito tutte le spese che a causa dell'invalidità sono costantemente necessarie per conseguire il reddito (RCC 1986 pag. 496, 1968 pag. 581, 1967 pag. 508, 1964 pag. 331). Le spese devono essere giustificate oggettivamente e provate da pezzi giustificative. Devono essere causate direttamente o indirettamente dall'invalidità. Le spese vanno a carico dell'assicurato (non sono coperte dall'assicurazione sociale [AI compresa] né da un'assicurazione privata). Si tratta per esempio di spese regolari causate dall'invalidità per il tragitto verso il lavoro (spese per l'utilizzo di una vettura personale, l'abbonamento per il treno oppure per l'accompagnamento); le spese necessarie per conservare la capacità lavorativa (cure mediche e/o medicamentose regolari); alloggio ed assistenza. In concreto l'insorgente non ha fatto valere né ha comprovato alcuna spesa che a causa dell'invalidità sarebbe costantemente necessaria per conseguire il reddito. Egli del resto non ha allegato alcuna pezza giustificativa. Il capitolo 2.4.3.3 CIGI non trova pertanto applicazione. L'UAI ha stabilito il reddito da invalido sulla base dei dati statistici evinti dalla Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica e non in base ai salari conseguiti quale autista su chiamata a tempo parziale, ritenendo che l'interessato potesse meglio sfruttare la sua capacità lavorativa residua in un'attività semplice e ripetitiva. A ragione. In virtù del principio dell'obbligo di ridurre il danno, l'insorgente deve infatti mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua nei lavori dove può conseguire un reddito maggiore. In proposito, va segnalato che, conformemente alla giurisprudenza federale, una delle condizioni necessarie affinché la perdita di guadagno concreta possa essere considerata perdita di guadagno computabile, è proprio quella che l'interessato eserciti un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve ritenere che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua (cfr. RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a). Questa condizione è espressione del principio generale del diritto delle assicurazioni sociali che obbliga l'assicurato ad intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile

alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3). L'Alta Corte ha avuto modo di confermare esplicitamente tali concetti in una sentenza U 334/02 del 22 aprile 2003, consid. 4.1.: " (...) Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire d'abandonner son entreprise au profit d'une activité plus lucrative (arrêt A. du 10 décembre 2001, U 74/ 01; RCC 1983 p 246)." 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), 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). Aggiornando questo dato al 2017, costante l'orario di lavoro settimanale (41.7), il reddito ammonta a fr. 67'123 (66'803 : 104.1 X 104.6). Nel 2018, con orario di lavoro sempre di 41.7 ore a settimana, si ottiene un reddito di fr. 67'443 (67'123 : 104.6 X 105.1). Nel 2019, anno della continuazione dell'eventuale diritto alla rendita, sempre con orario di lavoro di 41.7 ore a settimana (cfr. tabella “ Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique”) si raggiunge un reddito di fr. 68'041 (67'443 : 101.5 X 102.4 [indice dei salari nominali, Uomini 2016-2019, Tabella T1.1.15). 2.8. 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). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi

anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Il 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato nella sentenza 8C_80/2013 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 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. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la riduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). In concreto l'UAI ha riconosciuto una riduzione del 15% per "attività leggera e altri fattori di riduzione", che l'insorgente non contesta. La circostanza che nella parallela procedura in ambito di assicurazione contro gli infortuni, la _____ non ha operato alcuna riduzione, non è un motivo per modificare la deduzione riconosciuta dall'UAI ritenuto che gli uffici AI e gli assicuratori contro gli infortuni sono tenuti in ogni caso concreto a valutare in autonomia l'invalidità. In questo senso, essi non possono accontentarsi di semplicemente riprendere il grado d'invalidità stabilito dall'altro assicuratore sociale, senza procedere a un proprio esame (cfr. STF 8C_744/2017 del 14 maggio 2018 consid. 5.3 e i riferimenti ivi menzionati). Del resto la riduzione riconosciuta dall'UAI va a favore del ricorrente nella presente procedura. Raffrontando il salario da valido di fr. 74'795 con quello da invalido di fr. 68'041, ridotto del 15% a fr. 57'835, si ottiene un grado d'invalidità del 22.67%, arrotondato conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 23%, che non dà diritto a nessuna rendita AI (cfr. art. 28 cpv. 2 LAI). Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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