

## **TI\_GERICHTE 32.2020.27 vom 23. Januar 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-01-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.27)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.27 du 23 janvier 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.27 del 23 gennaio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

giugno 2019 oppure, come da richiesta ricorsuale, se egli ha diritto ad una tale prestazione ininterrottamente dal 1° luglio 2017. 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del

reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Trattandosi dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche in merito all'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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. 88a 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a 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 (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione né di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Pladoyer 1/06, pag. 64).

2.4. Nel caso in esame, a seguito della terza di domanda di prestazioni, con rapporto 27 maggio 2019 (doc. 176 inc. AI) il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, esaminata la documentazione agli atti, ha

proceduto la valutazione medico-teorica, tenendo in particolare conto della perizia 12 marzo 2019 del dr.med. Simoni eseguita per conto della \_\_\_\_\_ nell'ambito degli accertamenti medici susseguiti alla presa a carico dell'incidente della circolazione subito dall'assicurato in data 26 ottobre 1996. Nell'incidente egli ha subito un trauma all'arto superiore sinistro con lesione del plesso brachiale superiore e lesione della cuffia dei rotatori (doc. 158 inc. LAINF). Il medico SMR ha posto le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: " (...) Esiti incidente della circolazione condizionante lesione del plesso brachiale e cuffia dei rotatori spalla sinistra trattata dapprima conservativamente poi con neurolisi del plesso brachiale (01.12.1998) e plastica cuffia rotatori. Attuale scompenso muscolare con pseudo-compressione recidiva del plesso brachiale sinistro. Sindrome toracale e sindrome lombosacrale su scoliosi a S italiana con componente di rotazione, alterazioni al passaggio toracolombare con sovraccarico T12-L2 e appiattimento parziale della lordosi che si trasmette più basso da L3a nonché sacro acuto. (...)” (pag. 407 inc. AI) Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha dettagliatamente indicato le limitazioni funzionali (cfr. pag. 408 inc. AI). Egli ha valutato un'inabilità del 100% in qualsiasi attività dal 1° luglio 2016, diminuita al 40% dal 1° aprile 2019. A tal riguardo nella perizia 12 maggio 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva osservato: " (...) In questo contesto, a fronte dei postumi infortunistici, l'arto superiore sinistro deve essere utilizzato solo come arto d'appoggio tenendo presente che il paziente è impossibilitato ad abduire, elevare od extra-rotare la spalla sinistra oltre i 30° e comunque senza forza. È possibile la flessione-estensione del gomito ma solo con pesi minimi (1 kg), non in maniera ripetitiva (1-2 flessione al minuto) ed evitando la pronazione del gomito/polso sinistro. Valutando lo stato del cingolo mero-scapolare sinistro, si può ritenere che il paziente sia inabile al lavoro in misura del 40% per qualsivoglia attività adeguata alle sue possibilità ossia utilizzando quasi unicamente l'arto superiore destro. L'assicurazione Invalidità potrà eseguire una valutazione complessiva dello stato del paziente tenendo in considerazione anche la problematica cervicale e toracolombare. (...)” (sottolineatura del redattore; pag. 381 inc. LAINF) Con osservazioni 10 e 27 settembre 2019 al progetto di decisione 3 settembre 2019, l'assicurato ha prodotto diversa documentazione medica (doc. 185, e 190 inc. AI) che è stata esaminata dal dr. med. \_\_\_\_\_. Nelle annotazioni 15 novembre 2019 egli ha rilevato: " Dopo attenta valutazione di tutta la documentazione medica prodotta in questa fase di osservazioni al progetto nello specifico. - lettera ambulatoriale del Dr.med. \_\_\_\_\_ (20.08.2019) - valutazione ambulatoriale del Dr.med. \_\_\_\_\_ (29.07.2019) - elettro-neuromiografia del 01.10.2019 (07.10.2019) - lettera ambulatoriale del Dr.med. \_\_\_\_\_ (16.10.2019) - lettera ambulatoriale del Dr.med. \_\_\_\_\_ (24.09.2019) - certificato medico Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (04.11.2019) - elettromiografia del PD Dr.ssa \_\_\_\_\_ (01.10.2019) Alla luce di questi certificati, non posso far altro che confermare integralmente il mio RAF-SR del 27.05.2019 in quanto si evince che il quadro clinico è consolidato e l'atrofia alla spalla sinistra attribuibile ad un disuso cronico (fecit esame elettromiografico e valutazione specialistica PD Dr.ssa med. \_\_\_\_\_) in assenza di altro danno strutturale oste tendineo oggettivabile (Rx ed RMN spalla sinistra che non reperta lesioni organiche, fecit lettere Dr.med. \_\_\_\_\_).” (pag. 463 inc. AI) Con il presente ricorso l'assicurato contesta la succitata valutazione medico-teorica, sostenendo un peggioramento della sua situazione di salute, allegando documentazione medica, in gran parte già esaminata dal SMR. 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere

rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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). Va inoltre ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato (determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG) di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). 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 poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29

settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.6. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurato è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione medico-teorica del 27 maggio 2019 eseguita dal dr. med. \_\_\_\_\_, successivamente confermata il 15 novembre 2019. Né del resto il ricorrente ha prodotto documentazione idonea a modificare le conclusioni in merito alla residua capacità lavorativa. Come detto, l'insorgente sostiene un peggioramento, facendo riferimento al rapporto 20 agosto 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_. In quel rapporto il Caposervizio dell'Unità di Chirurgia e Ortopedia all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rileva una riacutizzazione dei dolori cronici alla spalla sinistra in esiti di plessopatia brachiale postraumatica su incidente stradale del 1996, nonché una moderata artrosi acromio-claveare con tendinopatia del sovraspinato. Il citato sanitario fra l'altro evidenzia che “ da diversi mesi vi un ulteriore scompensamento della mobilità articolare con apparizione di dolori nella parte anteriore, talvolta invalidanti ”. Lo specialista conclude che il paziente beneficerà di un artro TAC della spalla sinistra per valutare un'eventuale tendinopatia della cuffia dei rotatori, in particolare del sovraspinato (doc. G). Questo rapporto, come visto, è stato già valutato dal SMR nelle annotazioni 15 novembre 2019 e ritenuto, insieme all'altra documentazione prodotta in sede amministrativa, non apportante nuovi elementi medici. Certo, nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_ è stata rilevata una recrudescenza della problematica alla spalla sinistra, ma non tale da ritenerla durevolmente invalidante. Del resto, le limitazioni elencate dal SMR nel rapporto 27 maggio 2019 tengono conto della problematica infortunistica. Pendente causa l'assicurato ha prodotto il certificato 17 marzo 2020 del dr. med. \_\_\_\_\_ del seguente tenore: " (...) È stata eseguita in data 19.02.2020 una visita specialistica oftalmologica e ortottica nel mio studio. L'acuità visiva con correzione per l'ipermetropia e l'astigmatismo permette di raggiungere un visus di 0.8 nell'occhio destro e 0.5 nel sinistro. Il summenzionato paziente presenta una exoforia marcata, con comparsa di una visione doppia, che crea notevoli disagi nelle attività da vicino e nella lettura rendendole impossibili se non per qualche istante.” (Doc. VIII/1) Il citato nuovo atto medico è stato valutato dal SMR con annotazioni 7 maggio 2020: " (...) Nello specifico lo specialista oftalmologo segnala il sintomo di “exoforia marcata” che tradotto indica un affaticamento della visione oculare dopo una prolungata visione da vicino, spesso poi descritta in letteratura scientifica come ben tollerata dopo una correzione idonea (lenti ed esercizi di ortottica). Si evince che il deficit visivo bilaterale (ipermetropia, astigmatismo con associata la exoforia), risulta tale da non modificare la presa di posizione SMR del 27.05.2019 e successive annotazioni SMR (15.11.2019 e 02.03.2020), seppure si tratti di una “nuova” diagnosi medica, non nota in precedente all'SMR, essa in primis non può di certo essere ricondotta nel suo sviluppo ad un evento acuto semmai ad andamento cronico già pre-esistente e non aggravato (ovvero non si tratta di una malattia oculare che si è sviluppata ad oggi all'improvviso ma ha avuto uno sviluppo ed una sua evoluzione cronica nel tempo) e secondo può dal lato medico assicurativo essere esclusa nella IL del 40% per tutte le attività, essendo la professione abituale di venditore possibile perché non specifica (imprescindibile) per un uso della visione binoculare da vicino costante, duratura e prolungata come per altre professioni (ex. Ricamo, laboratori dentistici, gioielleria, professioni con uso del TPC, tablet, ecc.).” (Doc. XII/1) Alla succitata valutazione del SMR non può che essere data adesione, trattandosi infatti di una problematica agli occhi che non incide sullo svolgimento non solo dell'abituale attività ma anche in gran parte in altre attività. A tal riguardo va ricordato che, gli assicurati che lamentano la perdita dell'acuità

visiva di un occhio sono in grado di attendere alla maggior parte delle attività professionali, escluse quelle che richiedono una visione binoculare (STF I 222/06 del 10 luglio 2007 consid. 3 con riferimento a RAMI 1986 no. U 3 pag. 258 consid. 2b p. 260 seg.). Va poi ricordato che secondo l'esperienza medica, l'handicap risultante dalla perdita dell'acuità visiva di un occhio viene generalmente corretto in larga misura grazie all'assuefazione e all'adattamento dell'interessato e che solo raramente causa una diminuzione, peraltro minima, della capacità di guadagno. In circostanze normali e a condizione che l'assicurato dia prova della buona volontà da lui esigibile, l'adattamento alla situazione monoculare avviene in un periodo di tempo che, a seconda dell'età dell'infortunato, può variare da sei mesi a due anni al massimo (cfr., ad esempio, RAMI 1986 U3, p. 258ss.). Tale giurisprudenza è limitata a quelle attività che non richiedono esigenze visive elevate o una vista stereoscopica piena e non implicano la permanenza in situazioni esposte come tetti o ponteggi, l'utilizzazione di veicoli pericolosi o l'esecuzione di movimenti di precisione (cfr. STFA 27.7.1999 in re M. D. c. INSAI consid. 3b). La succitata giurisprudenza può essere applicata in via analogica al caso in esame, in cui l'assicurato, accusando la comparsa di una visione doppia non necessita di particolari esigenze visive per svolgere la sua abituale attività ed altre attività rispettose delle limitazioni fisiche esposte dal SMR. Ne consegue che, visto quanto sopra, tenuto conto delle valutazioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata 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, pag. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'assicurato è inabile al 100% dal luglio 2016 al 31 marzo 2019, ma abile al 60% dal 1° aprile 2019 sia nella sua abituale attività lavorativa sia in attività adeguate. 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'inabilità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima

dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valido prendendo in considerazione il salario di fr. 50'700.-- che l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2018 senza il danno salute presso Manor SA, così come dichiarato dallo stesso ex datore di lavoro il 3 giugno 2019 (doc. 177 inc. AI). L'assicurato rileva di aver lavorato come impiegato di vendita all'\_\_\_\_\_ dal 2012 al 2013, con un salario mensile di fr. 5'200.--, corrispondente a fr. 62'400.-- annui, così come da lui stesso dichiarato nella domanda di prestazioni firmata il 29 agosto 2018 (doc. 123 inc. AI), il cui importo va considerato quale reddito da valido. Va qui rilevato che dopo l'infortunio del 1996 l'insorgente, terminato l'apprendistato quale venditore, ha lavorato al 100% nel settore della vendita presso \_\_\_\_\_ fino al 2008, attività ridotta dal settembre di quell'anno al 50% per motivi di salute (cfr. rapporto finale 26 aprile 2011 del SMR in doc. 100 inc. AI). Ha lavorato presso \_\_\_\_\_ fino al 2009 e nel " 2011 inizia a lavorare per \_\_\_\_\_ nella misura del 50% come contratto ed a ore per la restante parte. Termina l'attività nel 2012 poiché si sono resi conto che certe attività non riusciva più a farle " (rapporto 18 ottobre 2018 della Consulente IP, pag. 337 inc. AI). Di conseguenza, il danno è insorto nel settembre 2008, motivo per cui senza affezioni invalidanti verosimilmente l'assicurato avrebbe continuato a lavorare presso la \_\_\_\_\_. Pertanto, il dato salariale preso in considerazione dall'Ufficio AI è corretto. 2.7.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale,

delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Il parallelismo dei redditi tiene quindi conto della circostanza che l'assicurato da invalido non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscergli un salario da invalido conseguentemente più basso. Per contro, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile, rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio di tale reddito (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4). In sostanza, nel parallelismo dei redditi il confronto va effettuato tra quanto effettivamente realizzato prima dell'evento assicurato e la media svizzera usuale nel settore specifico. Inoltre, il parallelismo dei redditi si giustifica non solo in ragione della differenza considerevole (già una differenza del 5% è sufficiente per apparire considerevole) tra il reddito effettivamente conseguito e quello mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico, ma anche e soprattutto per l'involontarietà di questa differenza. L'assicurato non può infatti fare ricadere sulla collettività degli assicurati le conseguenze di una sua scelta personale. In simile evenienza nessun intervento, anche solo parziale, può essere richiesto dall'AI (STF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 3; STF 9C\_430/2013 del 22 luglio 2013). Nel caso concreto, va rilevato che il salario ipotetico di fr. 50'700.-- quale addetto alla vendita presso il citato grande magazzino (cfr. consid. 2.7.1.) risulta essere inferiore al salario statistico relativo all'equivalente categoria "commercio al dettaglio" (no. 47) della Tabella TA1 2018\_tirage\_skill level (NOGA 08), livello di competenze 1 (attività semplici di tipo fisico o manuale), uomini, di fr. 4'952.-- mensili (importo comprensivo già della tredicesima), pari a fr. 59'424.-- di salario annuo, senza tener conto della media (statistica) lavorativa settimanale. Pur trattandosi di una differenza maggiore del 5% tra il detto salario ipotetico e quello statistico, non vi è tuttavia spazio per applicare il parallelismo dei redditi. L'assicurato, dopo l'apprendistato iniziato nell'agosto 1999 presso \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 30 inc. AI), è stato assunto nel settembre 2001 da quest'ultima (doc. 32 inc. 32). L'attività presso \_\_\_\_\_, come visto, è cessata nel 2009. Vi è pertanto motivo per ritenere che egli si sia accontentato di un simile salario, tenuto inoltre conto che nel 2011 ha cambiato datore di lavoro per una retribuzione maggiore (se raffrontata ad un pensum lavorativo del 100%). Per quel che concerne la determinazione del reddito da invalido, conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2016) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 1) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.), uomini, per un salario mensile di fr. 5'387.--. Riportando tale importo su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 67'393,83 per un impiego a tempo pieno. Tenuto conto di una capacità lavorativa del 60%, di una riduzione totale del 20% per attività leggere ed altri fattori di riduzione, il reddito da invalido è stato quantificato in fr. 32'349.-- (cfr. rapporto 15 luglio 2019 della Consulente IP doc. 179 inc. AI). L'insorgente sostiene non adeguato "un cambiamento di professione ritenuto che avrebbe ancora una importante capacità nella sua professione e in concreto l'ottenimento di un diverso lavoro appare estremamente difficile e del tutto

improponibile “(ricorso punto no. 6). Orbene, tenuto conto che l’assicurato (nato il 15 ottobre 1979) al momento della decisione contestata non aveva ancora compiuto 41 anni, nonché delle limitazioni fisiche indicate nel rapporto 27 maggio 2019 del SMR (cfr. pag. 408 inc. AI), si può ritenere che egli possa svolgere tutte quelle attività presenti nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, dove 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). Del resto, nel citato rapporto 15 luglio 2019 la Consulente IP aveva indicato all’assicurato “ gli eventuali provvedimenti professionali al quale potrebbe aver diritto ”, ma che “l’assicurato non è d’accordo con la presa di posizione medica quindi al momento non è possibile attuare dei provvedimenti professionali atti a migliorare la sua capacità al guadagno (doc. 180 inc. AI). Di conseguenza, come visto, essa ha fatto riferimento ai dati statistici salari in attività semplici e ripetitive ritenute esigibili. In deroga al principio del raffronto dei redditi, la perdita di guadagno può essere stabilita direttamente in base all’incapacità di lavoro operando un confronto percentuale (“ Prozentvergleich ”). Questo metodo costituisce una variante ammissibile del raffronto dei redditi basato su dati statistici: il reddito da valido è preso in considerazione nella misura del 100%, mentre il reddito da invalido è preso in considerazione tenendo conto dell’incapacità lavorativa, la differenza percentuale corrisponde in tal modo al grado d’invalidità (sentenze 8C\_628/2015 del 6 aprile 2016 consid. 5.3.5 e 8C\_211/2013 del 3 ottobre 2013 consid. 4.1 con i riferimenti pubblicata in SVR 2014 UV n. 1 pag. 1; Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 35 e seg. ad art. 28 a LAI). L’applicazione di questo metodo si giustifica quando il salario da valido e quello da invalido sono fissati in base agli stessi dati statistici, oppure quando il lavoro precedentemente svolto è ancora possibile (perché il contratto di lavoro per esempio non è stato sciolto), oppure quando questo lavoro offre le migliori possibilità di reintegrazione professionale (perché per esempio il salario prima dell’invalidità è superiore a quello da invalido) (sentenze 9C\_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 3.2 e 8C\_294/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 6.4.1). Il caso in esame non rientra tuttavia nelle succitate ipotesi. Visto quanto sopra, richiamato 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; DTF 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate) -, nel caso in esame l’assicurato può mettere a frutto al meglio la sua residua capacità lavorativa in attività adeguate, motivo per cui la determinazione del reddito da invalido eseguita dall’Ufficio AI va confermata. Ritenuto che dal 1° aprile 2019 l’assicurato non presenta più un grado d’invalidità pensionabile, rettamente l’Ufficio AI ha delimitato la rendita intera al

### **E. 31**

giugno 2019 (tre mesi dal miglioramento ex art. 88a cpv. 2 OAI). Confermata la decisione contestata, il ricorso dev’essere respinto. 2.8. Secondo 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 200.-- e 1’000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza

riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500.- sono poste a carico del ricorrente.

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