

TI_GERICHTE 32.2020.96 vom 30. Juni 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-06-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.96

FR: TI_GERICHTE 32.2020.96 du 30 juin 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.96 del 30 giugno 2020

Erwägungen

E. 5

agosto 2019 la ricorrente è stata visitata, su incarico del medesimo assicuratore, dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel referto del 12 agosto 2019 (pag. 555 e seguenti incarto AI), riassume gli atti, le dichiarazioni soggettive, l'anamnesi medica e sociale e l'esame clinico, ha posto la diagnosi di disturbo somatoforme da dolore persistente (F45.4). Descritte le risorse e le limitazioni secondo Mini-ICF-APP, lo specialista ha stabilito che dal profilo psichiatrico, al momento attuale, non è presente un disturbo affettivo di entità media o grave che potrebbe in qualche modo limitare ulteriormente la capacità lavorativa oltre a quanto stabilito a livello reumatologico dal dr. med. _____ (pag. 564 incarto AI).

Il 22 ottobre 2019 il dr. med. _____, FMH malattie degli occhi, ha allestito una perizia oftalmologica su incarico dell'assicuratore contro la perdita di guadagno in caso di malattia, dopo aver visitato l'insorgente il 21 ottobre 2019 (pag. 585-586 incarto AI). Posta la diagnosi oftalmologica di status dopo foto coagulazione della retina periferica in entrambi gli occhi per degenerazione retinica palizzata, distacco di vitreo bilaterale, lo specialista ha affermato che dal punto di vista oftalmologico puro ella non presenta una inabilità lavorativa di alcun tipo ma si può discutere sulla presenza di effetti al contrasto degli schermi del computer dovuti al distacco di vitreo bilaterale ed inoltre una stanchezza facilmente raggiungibile a causa della fibromialgia diagnosticata altrove. In un'altra attività la capacità lavorativa è del 100%. Egli ha concluso affermando che l'insorgente potrebbe a mio parere anche mantenere l'attività lavorativa attuale con l'ausilio di un mezzo ottico dotato di filtri adeguati e con l'ausilio unico di un occhiale non progressivo che contribuirebbe anche al miglioramento della stanchezza. Non esiste invece una vera inabilità nel sollevamento pesi di cui la paziente ripete in continuazione resistenza (pag. 586 incarto AI).

Il 15 maggio 2020 il medico SMR, dr.ssa med. _____, specialista medicina del lavoro, perito certificato SIM, ha riassunto la numerosa documentazione medica agli atti, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica in ernie discali cervicali anamnestiche e ernia discale L4/L5 lussata caudalmente, tendinopatia con lesione parziale di basso grado dell'inserzione del gluteo minimo a sinistra ed ha stabilito che l'insorgente dal 12 novembre 2018 è abile al lavoro nella sua precedente attività con una riduzione del rendimento del 20%, come stabilito dal dr. med. _____, mentre in attività adeguate è completamente abile al lavoro con le limitazioni ivi figuranti (pag. 346 e seguenti incarto AI).

La dr.ssa med. _____ ha poi citato alcuni estratti dei referti del dr. med. _____ del 7 luglio 2019, del dr. med. _____ del 12 agosto 2019 e del dr. med. _____ del 22 ottobre 2019 (pag. 349-350 incarto AI).

Il 3 agosto 2020 la ricorrente ha prodotto un referto del 26 maggio 2020 della dr.ssa med. _____, FMH gastroenterologia, un referto del 29 maggio 2020 della dr.ssa med. _____, psichiatria e psicologia medica, del 5 giugno 2020 del dr. med. _____ dell'_____ e del 17 giugno 2020 del dr. med. _____ (pag. 378-382 incarto AI).

Il medico SMR, dr.ssa med. _____, si è espressa il 6 agosto 2020, confermando le sue conclusioni (pag. 386 incarto AI).

In sede di ricorso l'_____ insorgente ha prodotto un rapporto informativo del programma terapeutico della _____ del 10 agosto 2020 (doc. C), oltre a numerosa documentazione medica (doc. D-N).

Con annotazione del 2 dicembre 2020 il medico SMR, dr.ssa med. _____, ha esaminato ogni singolo referto, confermando la sua valutazione (doc. XIV/1).

La dr.ssa _____ ha affermato:

Pendente causa la ricorrente ha prodotto un referto del dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, redatto per l'_____ assicuratore malattie contro la perdita di guadagno, e relativo ad una visita dell'_____ 11 gennaio 2021 (doc. P). Il medico evidenzia che l'_____ interessata lavora come operatrice informatica, che il contratto di lavoro è in vigore e che dal 30 settembre 2020 è inabile al lavoro al 100%. Il medico ha affermato che l'_____ assicurata è confrontata con una complessa polipatologia a decorso cronico, nonostante la quale è sempre riuscita a lavorare, seppure con difficoltà. L'_____ incapacità lavorativa attuale è dovuta principalmente alla cruralgia sx, che mantiene un carattere invalidante e resta di natura non chiara, nonostante gli accertamenti sino ad ora effettuati. Per una migliore definizione della situazione, è necessario attendere le visite della specialista neurologa dr.ssa med. _____ e della specialista urologa dr.ssa med. _____, già programmate. Il dr. med. _____ ha confermato la completa inabilità lavorativa dal 30 settembre 2020 con prognosi incerta.

L'_____ insorgente ha pure prodotto un certificato del dr. med. _____, _____, in cui si afferma che l'_____ interessata è un soggetto atopico con plurime sensibilizzazioni sui pluriallergeni stagionali e perannuali. In questo contesto è da leggersi un'_____ orticaria cronica spontanea giugulata con anti-H1 dell'_____ ultima generazione al bisogno, così come una sindrome orale crociata (SOC). Non di meno, in un contesto atopico, è da notarsi una diagnosi recente di celiachia per la quale attualmente la paziente segue scrupolosamente un regime alimentare senza glutine (doc. O).

2.3. 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 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.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).

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) 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).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non

poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98).

Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della resistenza alle terapie come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi

psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2).

Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

Va qui rammentato alla ricorrente che il Tribunale federale ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010).

Alla ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2).

Per quanto concerne la patologia oftalmologica, questo TCA non ha alcun motivo per dipartirsi dalla valutazione del 22 ottobre 2019 del dr. med. _____, FMH malattie degli occhi, che, posta la diagnosi oftalmologica di status dopo foto coagulazione della retina periferica in entrambi gli occhi per degenerazione retinica palizzata, distacco vitreo bilaterale, ha ritenuto l'interessata completamente abile al lavoro sia nella precedente attività che in attività leggera (cfr. pag. 585-586 incarto AI). Agli atti non vi è documentazione medica successiva atta a sovvertire tali conclusioni (cfr. referto del 12 dicembre 2019 del dr. med. _____ del _____ dell'Ospedale _____ di _____, in cui figura il procedere ma nessuna indicazione circa un'incapacità lavorativa; pag. 291 incarto AI).

Né può essere d'aiuto alla ricorrente il certificato del 26 maggio 2020 della dr.sa med. _____, FMH gastroenterologia (pag. 378 incarto AI), che descrive i risultati istologici dell'esame del 18 maggio 2020, ma non indica alcunché in relazione ad un'eventuale incapacità lavorativa (cfr. anche pag. 386 incarto AI).

Per quanto concerne il referto del 15 dicembre 2020 del dr. med. _____, _____ dell'Ospedale _____ di _____ (doc. XX/O), va rilevato come esso esaurisce in una descrizione delle allergie di cui è affetta la ricorrente (soggetto atopico con plurime sensibilizzazioni sui pluri allergeni stagionali e perannuali [] In questo contesto è da leggersi un'orticaria cronica spontanea giugulata con anti-H1 dell'ultima generazione al bisogno, così come una sindrome orale crociata (SOC). Non di meno, in un contesto atopico, è da notarsi una diagnosi recente di celiachia per la quale attualmente la paziente segue scrupolosamente un regime alimentare senza glutine ; doc. O), senza aggiungere particolari elementi di novità in merito alla capacità lavorativa dell'assicurata.

Né vi è motivo per ritenere, come invece sostenuto dall'assicurata in sede di ricorso (doc. I), che il recente sviluppo dell'ipoacusia bilaterale e il posizionamento di TVT per incontinenza severa renda l'interessata incapace al lavoro.

Infine, il referto dell'11 gennaio 2021 del dr. med. _____ (doc. XX/P), specialista FMH medicina interna, non va preso in considerazione, poiché attesta un'incapacità lavorativa totale dal 30 settembre 2020, ossia un periodo successivo all'emissione della decisione impugnata.

Secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 30 giugno 2020), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 144 V 210 consid. 4.3.1 con riferimenti, citata nella sentenza 8C_435/2020 del 23 ottobre 2020, consid. 4.4).

L'incapacità lavorativa attestata dal dr. med. _____ deve pertanto semmai essere oggetto di una nuova procedura.

2.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale, sulla base della documentazione medica agli atti, deve confermare la valutazione del medico SMR, dr.ssa med. _____, secondo cui la ricorrente, nella precedente attività di tecnica informatica ha una incapacità lavorativa del 20% intesa come riduzione del rendimento, mentre è completamente abile al lavoro in attività adatte e confacenti al suo stato di salute, dal 12 novembre 2018 (cfr. pag. 348 incarto AI).

Resta da esaminare se l'amministrazione ha correttamente calcolato il grado d'invalidità dell'insorgente, che l'assicurata contesta.

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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 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), 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).

Nel caso di specie l'UAI ha ridotto il reddito da invalida complessivamente del 10% (5% per attività leggera e 5% per altri fattori di riduzione; cfr. pag. 357 incarto AI).

Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), secondo il TCA la riduzione globale (cfr. sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 e sentenza 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 al consid. 6.2.1) del 10% applicata dall'UAI merita tutela poiché l'amministrazione non ha abusato del proprio potere di apprezzamento.

Raffrontando il reddito da valida di fr. 50'989.40 con quello da invalida di fr.55'218.87, ridotto del 10% (riduzione sociale) a fr. 49'697, si ottiene un grado d'invalidità del 2,53%, arrotondato conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121) al 3%, che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI).

In queste condizioni la decisione impugnata va confermata, mentre il ricorso deve essere respinto.

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.