

TI_GERICHTE 32.2021.66 vom 19. November 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-11-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.66

FR: TI_GERICHTE 32.2021.66 du 19 novembre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.66 del 19 novembre 2021

Regeste

Prima domanda di prestazioni respinta. Conferma della perizia reumatologica e conferma della determinazione dei redditi da porre in raffronto per determinare il grado d'invalidità. Conferma dell'esigibilità di attività adeguate

Erwägungen

E. 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). 2.5. Nel caso concreto, dal punto di vista medico l'Ufficio AI ha incaricato il dr. med. _____ di eseguire una perizia ortopedica. Dopo aver proceduto al consueto esame degli atti, all'anamnesi, alle costatazioni oggettive, visti i reperti strumentali, lo specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore ha posto le seguenti diagnosi: trauma contusivo – distorsivo ginocchia bilaterali del 20 aprile 2007 trattato conservativamente; condropatia rotulea attualmente di III grado, meniscosi mediale con alterazione grado II del corno posteriore, plico sinoviale medio-patellare ispessita non complicata ginocchio destro trattato conservativamente; condropatia rotulea al ginocchio sinistro in stato dopo contusione del 20 aprile 2007 con alterazioni di II grado menisco mediale posteriore, trattati conservativamente; lombalgia acuta aspecifica. Egli ha poi proceduto ad una dettagliata valutazione dei reperti, elencando fra l'altro le limitazioni funzionali e concludendo per una capacità lavorativa del 50% nell'abituale attività di selvicoltore. In attività rispettose dei limiti funzionali, il perito ha ritenuto l'assicurato abile al 100% dal 12 maggio 2007, data dell'infortunio. In un lavoro adeguato conformemente ai limiti funzionali indicati nell'apposito allegato (tra cui un carico massimo di 25 chili) egli ha valutato un'abilità di 8-9 ore sull'arco di una giornata lavorativa, ritenendo “auspicabile trovare un lavoro d'ufficio leggero, facendo attenzione a sollevare carichi limitati con dei cambi di postura frequenti e gestione del tempo del lavoro intervallato da piccole pause sedute, dove eviti di lavorare accovacciato frequentemente, eviti di salire e scendere le scale frequentemente; a questo potrebbe aggiungersi una posizione di lavoro comoda ed ergonomica che consenta pochi carichi assiali e rotazionali senza caricare pesi importanti frequentemente” (pagg. 17 e 19 della perizia). Il perito non ha ritenuto dati provvedimenti sanitari atti a migliorare in misura rilevante la capacità lavorativa nell'abituale professione, intravedendo tuttavia delle terapie per migliorare la sua qualità di vita e prevedendo un futuro trattamento chirurgico al ginocchio destro. Chiamato dal SMR a spiegare la contraddizione tra il limite di carico (25 chili) segnato nel relativo modulo e l'indicazione della ricerca di un lavoro d'ufficio leggero, con complemento del 9 giugno 2020 il perito ha fatto presente che si è trattato di un errore nella compilazione del separato modulo relativo all'esigibilità lavorativa, precisando un limite di carico di 10 chili in attività adeguate (doc. 125). L'assicurato contestata la succitata valutazione medico-teorica, ritenendola incompleta. Egli sostiene come la perizia del dr. med. _____ si limiti a valutare le conseguenze dell'infortunio militare alle ginocchia – la cui procedura da parte della _____ è stata sospesa sino all'evasione della vertenza AI (cfr. lettera 14 febbraio 2020 della _____ in doc. 604) – e che non contempla la problematica lombare sorta nel frattempo. A motivazione delle proprie tesi, l'assicurato fa riferimento ai rapporti 7 gennaio 2021 e 11 gennaio 2021 del neurochirurgo dr. med. _____. 2.6. 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, 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; Meyer, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, in: *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Nel caso in esame, vagliata attentamente la

documentazione agli atti, questo TCA non ha motivo di distanziarsi dalla perizia 26 novembre 2018 del dr. med. _____ e dal suo complemento del 9 giugno 2020, nonché dai rapporti 6 febbraio 2019, 30 giugno 2020 del SMR. In particolare, contrariamente a quanto asserito dall'insorgente, si evidenzia che il succitato specialista ha tenuto conto della problematica lombare, da lui diagnosticata, con ripercussione sulla capacità lavorativa, quale lombalgia acuta aspecifica. Egli ha difatti proceduto all'esame del rachide lombo-sacrale (sottolineature del redattore): " All'ispezione rachide in asse, con normale curva toracica e lombare, flesso-estensione a gradi normali (flessione 45°, estensione 30°, non riportata dolente), DDS 18 cm dal suolo. Inclinazione a destra e sinistra 0-40, rotazione assiale senza limiti apparenti . Nessuna spinalgia notata al tratto lombare a livello delle apofisi spinose anteriori e trasverse, nessuna dolenzia pressoria, neppure para-vertebrale, muscolatura paravertebrale non contratta , normotonica e normotrofica , muscolatura lombare normalmente rappresentata. Lasègue contro-Lasègue negativi , Wassermann contro-Wassermann negativi , riflessi osteotendinei arti inferiori normali vivaci e simmetrici, non deficit sensitivi, non deficit stenici agli arti inferiori. Tender-point negativi , estensore comune delle dita ed estensore proprio dell'alluce conservati bilateralmente, punti di Valleix negativi , Schober 10-14 cm. Accosciamento completo possibile senza limitazioni. (...)" (doc. 44 pagg. 13-14) Ha poi evidenziato: " (...) Sempre dal punto di vista ortopedico altro rilevante problema presentato dall'assicurato è il lieve sovrappeso che va sovraccaricare il tratto lombare e al contempo anche le estremità inferiori; di conseguenza è auspicabile rivalutare le opzioni di cura atte a ridurre l'eccesso ponderale e contemporaneamente bisognerà instaurare un piano riabilitativo vincente; non di meno è da menzionare che un potenziamento del trattamento farmacologico analgesico su base programmatica porterebbe ad un miglioramento della sintomatologia algica al ginocchio destro ed al rachide lombare e più globalmente un miglioramento degli outcomes in termine di compliance verso un'attività lavorativa leggera che renderebbe più agevole all'assicurato lavorare in una professione adeguata. (...)" (doc. 44 pag. 17) Il dr. med. _____ ha inoltre preso conoscenza del referto relativo alla RMN lombare eseguita il 3 luglio 2014 concludente: " Non è con certo, se l'attuale sintomatologia è attribuibile ad una vera problematica radicolare L5 bilaterale o S1 a sinistra, siccome una vera stenosi dei forami di coniugazione L5-S1 bilaterale o del recesso laterale di sinistra non è evidente. Potrebbe trattarsi anche di una sindrome lombo-spondilogeno a partenza soprattutto delle faccette artrosiche L4_L5 bilateralmente e meno L5-S1. (...)" (cfr. elenco atti pag. 6 della perizia; prodotta dall'assicurato con le osservazioni 2 dicembre 2020; cfr. anche pagg. 533/4) Il 23 ottobre 2020 l'assicurato è stato sottoposto ad un'altra a RMN alla colonna lombare che è stata valutata dal SMR nelle sue annotazioni del 14 maggio 2021: " (...) Il referto di RMN lombare del 23.10.2020 concludeva come segue: Non faccettopatia di rilievo. A parte un leggero ulteriore assottigliamento dello spazio intersomatico L5-S1 e una riduzione della protrusione discale in questo segmento, non dinamica dei reperti rispetto all'esame precedente del 2014. Persiste un'osteocondrosi L2-L3 e L5-S1 e una leggera condrosi L4-L5 ma con attualmente solo una minima protrusione circolare del disco L4-L5 e L5-S1 e non compressione delle strutture nervose. Nuova insorgenza invece di un discreto edema osseo L5-S1 che potrebbe essere il punto di partenza degli attuali dolori eventualmente suscettibile. Ora, un "discreto edema osseo" non costituisce un'entità nosologica codificata secondo ICD-10, e in ogni caso non è una condizione di impatto clinico tale da giustificare un'incapacità lavorativa ulteriore, soprattutto in assenza di compressione delle strutture nervose. È, piuttosto, un reperto per immagini alquanto frequente nella popolazione

asintomatica di ambo i sessi a partire dalla II-III decade di vita.” (...)” (doc. VI/1) Quindi, quale nuova problematica, il SMR ha rilevato un discreto edema osseo, non costitutivo quale nuovo danno alla salute da indagare. Del resto, nel rapporto 7 gennaio 2021 il dr. _____, discutendo gli esiti della succitata RMN, non ha posto nuove diagnosi invalidanti (pagg. 548/9). Ha in particolare istruito il paziente “ ad evitare movimenti ripetitivi in flessio-estensione, torsioni e movimenti laterali del tronco, così come il sollevamento ripetuto di pesi superiori a 5 kg se, avviene sporadicamente, pari o superiori a 10 kg.” Ha inoltre consigliato un calo ponderale, la cessazione del tabagismo attivo, come pure lo svolgimento di attività di rinforzo della muscolatura paravertebrale posteriore e addominale. Egli ha pure affrontato il “tema inerente il trattamento farmacologico in presenza di un peggioramento del quadro algico discutendo anche sulla necessità di una infiltrazione epidurale e /o faccettaria e/o radicolare”, senza comunque fissare nuovi appuntamenti di consultazione. Certo, nel rapporto 11 gennaio 2021 alla legale dell’assicurato il succitato neurochirurgo non ha escluso che “ possa esservi prima o poi spazio per una soluzione chirurgica”, precisando tuttavia che “(...) allo stato attuale, per altro in accordo con il paziente, non abbiamo ritenuto esauriti i provvedimenti conservativi” . Egli ha anche concluso che le problematiche riscontrate hanno “ sicuramente un’influenza sulla capacità lavorativa nella professione attualmente svolta (selvicoltore)” . Il dr. med. _____ ha poi rilevato: " (...) 4) Tenendo conto delle manovre e carichi da evitare, risulta piuttosto evidente che l'attività di selvicoltore, che sottopone il paziente a frequenti carichi sul rachide lombo-sacrale con sollevamento di pesi molto al di sopra dei 10 kg, peraltro ripetutamente o con movimenti anche qui ripetitivi in flessio-estensione del tronco o con sollevamento/spostamento di pesi lontani dal proprio baricentro, risulta poco indicata. D'altro canto ritengo che il paziente possa svolgere un'attività senza carichi diretti sul rachide lombo-sacrale e al tempo stesso associata a cambi di postura frequenti. 5) Se l'attività di selvicoltore dovesse continuare a portare a carichi diretti sul rachide lombosacrale, ripeto, con sollevamento ripetuto di pesi superiori a 5 kg o sporadicamente superiori a 10 kg, frequenti manovre in flessio-estensione o torsione del tronco, lo ritengo inabile al 100%. D'altro canto lo ritengo invece abile completamente in una professione che tenga conto di queste limitazioni, quale ad esempio una mansione d'ufficio, con frequenti cambi di posizione cercando di non mantenere per oltre un'ora la postura seduta. (...)” (pag. 544 inc. AI) Trattasi comunque di limitazioni funzionali analoghe a quanto rilevato nella perizia del dr. med. _____, rispettivamente nel suo complemento peritale del 9 giugno 2020. Infatti nel citato rapporto 11 gennaio 2021 il dr. med. _____ ha concluso che “mi sento di concordare con quanto stabilito dal Dr. med. _____ in merito alla capacità lavorativa in una professione adatta allo stato di salute ...” (sottolineatura del redattore; pag. 544). Non determinante ai fini del giudizio è quanto sostenuto dal medico curante, dr.ssa _____, la quale, rispondendo a dei quesiti formulati dalla legale dell’assicurata, ha sostenuto un’inabilità al 50% “ per la problematica alla schiena ” senza indicare in quale genere di attività (pag. 536). Visto tutto quanto precede e in base al grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (fra le tante: DTF 139 V 218 consid. 5.3), 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, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61),

l'assicurato è da ritenere abile, dal 1° giugno 2017, al 50% nell'abituale attività, mentre in attività adeguate rispettose delle limitazioni funzionali la capacità è del 100%. Inoltre, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dall'insorgente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. Per quel che concerne l'aspetto economico, in merito alla determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la persona assicurata, 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). Nella decisione contestata l'Ufficio AI ha calcolato il reddito da valido come segue: " Come da inchiesta indipendenti del 29.08.2019, per definire il reddito da valido abbiamo effettuato la media dei redditi soggetti a contributi AVS tra il 2010 e 2015. Ne risulta un reddito di CHF 94'767 ." Questo modo di procedere, rimasto incontestato, è corretto. Infatti, secondo la giurisprudenza, siccome l'art. 25 cpv. 1 OAI equipara i redditi ipotetici comparativi dell'assicurazione invalidità ai redditi da lavoro soggetti a contribuzione AVS, il reddito da valido può essere determinato sulla base dei redditi iscritti nel conto individuale. Ciò vale in particolare per gli indipendenti (SVR 2010 IV nr. 26 pag. 79, cfr. STF 8C_554/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2.1, 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 3; cfr. in tal senso il marg. 3032.1 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, CIGI). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dall'effettive entrate (STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.), cioè

che non è il caso in esame. Infine, correttamente l'Ufficio AI ha preso in considerazione la media dei redditi di cinque anni prima danno alla salute, ritenuto come, per giurisprudenza, sono sufficienti tre anni (cfr. al riguardo AJP 1999 p. 484 e confermata in STF I 686/03 del 29 ottobre 2004; cfr. anche 8C_611/2007 del 23 aprile 2008; cfr fra le tante, STCA 32.2016.145 del 6 giugno 2017 consid. 2.12.2 e 32.2015.29 del 30 novembre 2015 consid. 2.7.1). 2.9. 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). 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; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). 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 TF 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 concreto, ritenendo che l'assicurato può metter a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa in attività adeguate, l'Ufficio AI ha preso in considerazione la tabella TA dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica. Utilizzando i dati della citata tabella relativi ad attività semplici e ripetitive, valore mediano, tenuto conto di una riduzione del 5% per attività leggere, l'amministrazione ha fissato il reddito da invalido in fr. 64'024,14 (cfr. la decisione contestata). 2.9.1. Il ricorrente contesta l'esigibilità delle attività adeguate elencate nel rapporto 12 agosto 2021 dei consulenti IP. Rileva che le stesse non sono state mai proposte e tantomeno ventilate durante il soggiorno presso il _____ di _____. Sostiene inoltre come le attività indicate non rispettino i limiti funzionali, facendo inoltre presente di non possedere la necessaria formazione per svolgerle. Nel citato rapporto finale 12 agosto 2021 i consulenti, dopo aver riassunto l'iter di accertamento professionale, quali attività adeguate hanno indicato quanto segue: " (...) In merito alla reintegrabilità, l'A.to può svolgere l'attività abituale nella forma del 50% rispettando quanto già accennato sopra. Oltre all'attività abituale è dichiarato abile in attività adeguata nella forma completa. In attività adeguata vi sono molteplici settori dove l'A.to potrebbe essere impiegato vedi: Settore logistico: nei settori commerciale e/o industriale, se le mansioni

prevista hanno a disposizione un'apposita struttura nel trasporto e spostamento delle merci. Settore della vendita: vendita all'ingrosso e/o al dettaglio di mercologia industriale/edile/da costruzione. Settore dei trasporti: consegna e trasporto di materiale di vario genere (strutture organizzate per lo spostamento delle merci). Settore commerciale: consulenza e/o gestione commerciale: ambito organizzativo, commesse, fatturazione, pianificazione lavori (sulla scorta dell'esperienza maturata in 10 anni di attività in proprio). (...)” (pag. 518 inc. AI) Certo, queste attività non sono state menzionate né valutate durante il soggiorno presso _____ di _____ (cfr. a tal riguardo il relativo rapporto 19 giugno 2020 in doc. 130). Va qui ricordato che il periodo di accertamento professionale aveva lo scopo di verificare il potenziale reinserimento dell'assicurato nel mercato del lavoro, valutando le risorse e le potenzialità per un'eventuale riformazione professionale. Riguardo al succitato accertamento professionale, nel rapporto 12 agosto 2020 i consulenti IP avevano concluso: " (...) Dopo gli accertamenti eseguiti dal _____ (_____) di _____, vedi incarto GED del 23.06.2020, non emergono le condizioni minime per intraprendere una formazione che possa dare all'A.to una possibilità di guadagno che si avvicini a quanto l'attività indipendente ha generato negli ultimi anni (media degli anni di esistenza dell'attività indipendente). Oltre a questo, si evince sempre nel rapporto _____, non sussistono neppure le condizioni di conoscenza scolastica per affrontare formazioni di livello superiore. La ricerca di attività affini o alternative non ha generato nessun risultato che possa essere tenuto in considerazione. (...)” (pag. 517) Elencate le succitate attività adeguate, i consulenti avevano poi chiuso il caso in quanto “non sussistono le premesse/condizioni per adottare provvedimenti che possano migliorare o mantenere l'attuale condizione dello stato di salute e le prospettive professionali” (pag. 518). Occorre piuttosto verificare se le attività adeguate menzionate a titolo di esempio siano effettivamente esigibili. Nel settore della logistica, secondo i consulenti, l'assicurato necessiterebbe di apposite attrezzature per il trasporto ed il carico di merci. Rettamente il ricorrente rileva che vi sono macchinari, ad esempio muletti, che permettono di spostare carichi e pesi, ma non necessariamente occorre tenere una posizione seduta per un tempo medio-lungo. Può essere sufficiente un lasso di tempo breve, con possibilità di scendere dal mezzo per alternare la posizione. Anche nella consegna e nel trasporto delle merci l'assicurato può utilizzare mezzi per spostare e trasportare pesi senza fare sforzi. Infine, contrariamente a quanto sostenuto nel ricorso, nei settori della vendita e del commercio non è indispensabile un diploma di scuola di commercio che l'assicurato, come da lui rilevato, non potrebbe conseguire. Non va del resto dimenticato che, come rilevato dai consulenti, l'assicurato vanta un'esperienza lavorativa quale indipendente di 10 anni, motivo per cui egli ha acquisito le basilari conoscenze per un'attività di vendita e di commercio. Va rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravi 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). Inoltre, come è stato ricordato nella STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che i n considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai

settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4 [denominato ora livello di competenze 1]) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Nella fattispecie, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo TCA ritiene che, come detto, l'assicurato possa svolgere attività semplici e ripetitive che non necessitano di formazione né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Non vi sono dunque motivi per scostarsi dalle succitate conclusioni dei consulenti IP.

2.9.2. L'assicurato contesta la riduzione del 5% del reddito operata dall'amministrazione in quanto non tiene conto delle limitazioni funzionali e tantomeno delle sue scarse capacità scolastiche. Postula che venga riconosciuta la riduzione massima del 25%. Come accennato al consid. 2.9, l'influsso di tutti i fattori sul reddito (limitazioni relative al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità/tipo di permesso di residenza e grado di occupazione) deve essere valutato nel suo insieme considerando tutte le circostanze del caso concreto, facendo corretto uso del proprio potere di apprezzamento, senza che occorra procedere a una quantificazione separata di ogni fattore di riduzione. In ogni caso, la riduzione non deve superare il 25% (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; 134 V 322 consid. 5.2 pag. 327 seg.; 126 V 75 consid. 5b/bb pag. 80). A questo proposito occorre ricordare che è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C_655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Inoltre il TF (cfr. consid. 4.4.3), riferendosi all'art. 57 LPGA, ha ricordato che il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire semplicemente il suo apprezzamento a quello dell'autorità amministrativa; egli deve appoggiarsi sulle circostanze che sono di natura a dimostrare il proprio apprezzamento come il più appropriato (DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 con riferimento). Ritornando alla fattispecie in esame, con rapporto 1° luglio 2020 il consulente CIP, esaminate le circostanze specifiche concrete, tenuto conto delle limitazioni funzionali rilevate dal perito e confermate dal SMR, ha valutato una riduzione del 5% legata al fatto che l'assicurato può svolgere unicamente attività leggere (doc. 136). Inoltre, nella presa di posizione 30 marzo 2021 lo stesso consulente ha pertinentemente concluso che “(...) l'A.to ha 34 anni, età decisamente non avanzata, la nazionalità è svizzera e pertanto non necessita di permessi di dimora o di lavoro; inoltre è ben integrato. Le affezioni invalidanti permettono, come definito nel SMR Rapporto medico una capacità lavorativa del 50% in attività abituale e del 100% in attività adeguata e come scritto al punto N.5 il tessuto lavorativo ticinese offre sufficienti opportunità di lavoro. In considerazione di quanto sopra si ribadisce che la riduzione totale del 5% è giustificata e non si applicano ulteriori riduzioni per altri fattori citati dal rappresentante legale (...)” (doc. 157). Si rileva inoltre la giovane età dell'assicurato (34 anni al momento dell'emissione della decisione contestata) per potersi adattare alle nuove attività. Inoltre, come correttamente evidenziato

nella risposta di causa, il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, fattore che non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso cfr. "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerrhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2)." (STF 8C_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure STF 8C_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, STF 8C_361/2011 del 20 luglio 2011, STF 8C_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e STF 8C_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va poi osservato che la scarsa formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello 1 attività semplici di tipo fisico o manuale; corrispondente al precedente livello di qualifica 4: attività semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso DTF 137 V 71 consid. 5.3 e STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3 con riferimenti). Fatte queste premesse, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 5%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Di conseguenza, per la determinazione del reddito da invalido, occorre partire dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2018 (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 2018 tirage skill_level (NOGA08, RSS 2018; 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), dalla quale risulta 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. 65'004.- (fr. 5'417 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 2018 (cfr. per questo aspetto, STF 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. 67'766.67 (fr. 65'004: 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a), così come correttamente riportato nella risposta di causa. Ritenuto che l'assicurato è pienamente abile al lavoro in attività adeguate, tenuto conto di una riduzione sociale del 5%, il reddito da invalido corrisponde a fr. 64'378.--. 2.9.3. Dal raffronto tra il reddito da valido di fr. 94'767.-- ed il reddito da invalido di fr. 64'378.-- risulta un grado d'invalidità del 32%. Vista l'importante differenza per raggiungere il grado d'invalidità pensionabile, non è necessario, poiché ininfluenza per l'esito della vertenza, aggiornare i

dati al 2021, anno della decisione contestata. Visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.10. Per l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (in virtù della disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa a contrario in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGa, anch'essi nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021), la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI 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 di fr. 500.- vanno poste a carico del ricorrente.

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