

TI_GERICHTE 32.2022.39 vom 25. Mai 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-05-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.39

FR: TI_GERICHTE 32.2022.39 du 25 mai 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.39 del 25 maggio 2022

Erwägungen

E. 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). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 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 nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici

curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.5. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni (cfr. supra consid. 1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha richiamato l'incarto LAINF sottoponendolo al medico SMR (cfr. supra consid. 1.3.) e, su sua indicazione, ha predisposto una perizia pluridisciplinare confluita nel referto peritale del 15 febbraio 2022, fatto proprio dal medico

SMR (cfr. supra consid. 1.4.). Sulla scorta delle conclusioni peritali e della documentazione afferente alla situazione lavorativa dell'assicurato, l'amministrazione ha emanato la decisione impugnata, debitamente preavvisata (cfr. supra consid. 1.6. e seg.). Il ricorrente non formula (esplicite e circostanziate) censure circa la valutazione medica dei periti _____ e del medico SMR ma, siccome vi contrappone le risultanze dell'ultima perizia dell'INPS per il calcolo del grado d'invalidità, non si può prescindere dalla disamina dell'aspetto medico (cfr. infra consid. 2.6.). Le censure dell'insorgente si focalizzano tuttavia sulla valutazione economica operata dall'Ufficio AI, di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito (cfr. infra consid. 2.7.). 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni. Il ricorrente contesta la valutazione medica operata dal _____ avvalendosi del rapporto dell'INPS del 29 novembre 2021 – asseritamente “[...]”

E. 1.1

e 1.5.). Conseguentemente, sia l'invalidità che l'asserito diritto alle prestazioni sarebbero insorti entro il 31 dicembre 2021. L'Ufficio AI ha emanato la sua decisione di rifiuto di prestazioni il 25 maggio 2022 (cfr. supra consid. 1.6.). Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA, 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 LPGA 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA 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., pag. 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 che 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). 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. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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 DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un

disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). 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 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 in 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 Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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). Nelle succitate due sentenze in parola 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. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche 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. 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 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.4. 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.

E. 3

mesi dopo quella effettuata dal _____ ” – secondo cui " Ai soli fini dell'eventuale diritto ad assegno, pensioni e indennità a favore degli invalidi civili, si formula il seguente giudizio diagnostico-valutativo: Diagnosi: Deficit dello SPE in esiti di laminectomia L4 e foraminotomia parziale (2017) in seguito a trauma sul lavoro. Sindrome da disadattamento con sintomatologia mista ansioso depressiva. Artrosi acromion claveare dx. Valutazione INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa del 34% al 73% art. 2 e 13 L. 118/71 e art. 9 DL Percentuale: 67% Data di decorrenza: 29/11/2021 ” (doc. I, allegato D, pagg. 4 e 6). Questa Corte rileva che sebbene le visite peritali hanno avuto luogo tra marzo ed agosto 2021 (doc. 159, pagg. 448, 490, 504 e 515 incarto AI), il referto peritale _____ è stato reso solo il 15 febbraio 2022 (doc. 159, pag. 448 incarto AI), ragione per cui è quest'ultimo ad essere di tre mesi successivo al rapporto finale dell'INPS datato 29 novembre 2021 (doc. I, allegato D). Infatti, le refertazioni dell'INPS, tra cui anche lo scarno verbale del 29 novembre 2021, sono state vagliate dai periti _____ (cfr. ad esempio doc. 159, pagg. 455 e 473 incarto AI) che, conformemente al loro mandato quali periti indipendenti (cfr. doc. 159, pagg. 478, 503, 513 e 530 incarto AI) – e non “ di fiducia ”, come erroneamente addotto dall'insorgente (cfr. doc. 164 in initio incarto AI) –, hanno formulato proprie diagnosi con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (globale) in attività precedente e in quella adeguata (cfr. supra consid. 1.4.). Oltre a ciò, lo stesso ricorrente, una volta ottenuto il referto peritale, si è limitato a fare “ alcune doverose precisazioni [...], anche se non sono intese a voler modificare l'esito finale della perizia [...]” (doc. 164 incarto AI in initio). Da ultimo, dagli atti non risulta che i medici dell'INPS si siano mai confrontati attivamente con le conclusioni della perizia _____. Stando così le cose, questa Corte non ravvisa alcun motivo per discostarsi dalle conclusioni della perizia pluridisciplinare _____ (cfr. supra consid. 1.4.), avendo i periti operato una valutazione strutturata, dettagliata, approfondita, coerente, sufficientemente motivata e, per l'aspetto psichiatrico, vagliato gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza topica (DTF 141 V 281, DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), ciò che le conferisce forza probatoria piena (cfr. supra consid. 2.4.). 2.7. Il ricorrente contesta la valutazione economica, censurando il mancato utilizzo di quanto accertato dall'INPS per calcolare il grado d'invalidità (cfr. infra consid. 2.7.1.), il fatto che l'amministrazione lo abbia ritenuto un semplice operaio agricolo

e che per determinare il reddito da valido non abbia tenuto conto di un asserito accordo di formazione (cfr. infra consid. 2.7.2.). 2.7.1. Circa il mancato uso delle perizie INPS, è sufficiente rinviare a quanto illustrato da questo Tribunale in relazione alla valutazione medica (cfr. supra consid. 2.6. in fine). A titolo abbondanziale si rileva che, come rettamente osservato dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.8.), per costante giurisprudenza federale anche successivamente all'entrata in vigore, il 1. giugno 2002, dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (RU 2002 1529), la procedura e l'esame delle condizioni (ivi incluso il calcolo del grado d'invalidità) del diritto ad una rendita d'invalidità svizzera sono, di principio, esclusivamente di pertinenza del diritto interno svizzero (cfr. DTF 130 V 253 consid. 2.4. con rinvii giurisprudenziali, STF 8C_300/2015 del 10 novembre 2015 consid. 2.; Sentenza TAF C-3300/2016 del 18 marzo 2019 consid. 3.1.), trattandosi di una questione giuridica e non medica. Pertanto, la censura del ricorrente risulta sul punto inconferente. 2.7.2. Giusta l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Secondo la giurisprudenza federale, 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, cfr. STCA 35.2019.112 del 14 settembre 2020, consid. 2.2.2.), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato nel modo più concreto possibile. Di regola, ci si baserà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari, o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.6.). Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (STF 9C_852/2018 del 5 marzo 2019, consid. 5.4.1.; DTF 139 V 28, consid. 3.3.2. e 129 V 222, consid. 4.3.1.). Le eccezioni al citato principio dell'esperienza comune sono – dal profilo del grado probatorio – assoggettate al grado di verosimiglianza preponderante (STF 8C_362/2014, consid. 5.2.3. con ulteriori rinvii giurisprudenziali; RAMI 1993 no. U 168, pag. 97 e segg., consid. 5b; 4a, b). Qualora l'ultimo salario percepito fosse superiore alla media, esso può essere preso come base per determinare il reddito da valido solo se, sempre secondo il grado di verosimiglianza preponderante, è accertato che l'assicurato lo avrebbe percepito anche successivamente senza il danno alla salute (tra le altre: STF 8C_362/2014 del 25 giugno 2014, consid. 5.2.3 in fine, 8C_671/2010 del 25 febbraio 2011, consid. 4.5.1., 9C_5/2009 del 16 luglio 2009, consid. 2.3. con rinvii). Per poter determinarsi su tale questione, i tribunali devono valutare tutte le circostanze del caso concreto (STF 8C_581/2020 e 8C_585/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 6.3., pubblicata in SVR 7/2021, UV Nr. 26, p. 123 e segg.). Inoltre, qualora l'ultimo salario percepito presenti forti fluttuazioni in un arco temporale relativamente breve, ci si dovrà basare sul reddito medio conseguito su una forchetta temporale più estesa (STF 9C_14/2019 del 24 aprile 2019, consid. 2.2.2. con ulteriori rinvii giurisprudenziali, 8C_443/2018 del 30 gennaio 2019 consid. 2.1. con ulteriori rinvii giurisprudenziali). Per costante giurisprudenza federale, qualora l'assicurato, come persona sana, non sarebbe stato

più attivo presso il suo precedente posto di lavoro, il reddito da valido va determinato sulla base dei valori statistici (STF 8C_581/2020 e 8C_585/2020 succitata). L'utilizzo dei valori salariali statistici è quindi sussidiario, ovvero il ricorso a tali dati avverrà solo se non è possibile determinare il reddito da valido e/o da invalido sulla base e in conformità alle circostanze specifiche del singolo caso (DTF 142 V 178, consid. 2.5.7. con ulteriori rinvii giurisprudenziali; STCA 35.2020.49 del 25 gennaio 2021 consid. 1.6.). Il TF ha stabilito che per la determinazione del salario statistico sono di principio applicabili i dati salariali nazionali di cui alla tabella RSS TA1 (STFA U 75/03 del 12 ottobre 2006 e I 222/04 del 5 settembre 2006). Occorre innanzitutto determinare il momento d'insorgenza dell'eventuale diritto alla rendita, per poi accertare quale fosse l'attività dell'assicurato in quel momento e determinare il reddito da valido. Il ricorrente ha motivato la domanda di prestazioni del 26/28 febbraio 2019 adducendo problematiche riconducibili ad un infortunio occorsogli il 22 dicembre 2017 (cfr. supra consid. 1.1.). I periodi di incapacità lavorativa accertati dai periti (cfr. supra consid. 1.4.) sono stati confermati in questa sede (cfr. supra consid. 2.6.). Conseguentemente, in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI l'anno d'attesa è iniziato a decorrere il 22 dicembre 2017 ed è terminato il 22 dicembre 2018 (il calcolo della decorrenza è da effettuare in giorni, cfr. Valterio, Commentaire sur la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 13 ad art. 28 LAI). Pertanto, il diritto alla rendita sarebbe insorto al più presto il 22 dicembre 2018 (momento determinante). Occorre ora determinare quanto RI 1 nel momento determinante guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana (reddito da valido). In concreto, occorre innanzitutto verificare quale fosse l'attività abituale dell'assicurato al momento del danno alla salute, siccome egli contesta di essere (stato) solo un operaio agricolo. Nel formulario di domanda AI del 26/28 febbraio egli ha dichiarato, quale ultima attività principale, quella di contadino al 100% per fr. 3'650 mensili lordi (doc. 10, pag. 24 incarto AI). Nel curriculum vitae, egli ha indicato, quale funzione quella di " OPERAIO 100% [...]" (doc. 18, pag. 37 incarto AI). Alla consulente professionale l'assicurato ha dichiarato di svolgere presso _____ di _____ varie attività come quella di custode di cavalli, operaio, ricezione del campeggio e varie attività a partire dal 2014 (doc. 22, pag. 48 incarto AI). Nel questionario del 9 aprile 2018 il datore di lavoro ha dichiarato trattarsi di un'azienda agricola presso la quale l'assicurato è attivo quale collaboratore agricolo con le mansioni di guida di trattori, pulizia delle stalle, cura dei cavalli, manutenzione dell'azienda e attenzione ai clienti (doc. 24, pagg. 53 e 55 incarto AI), ciò che ha riportato anche la consulente IP nel suo rapporto finale del 17 settembre 2019 (doc. 27 incarto AI). Si rileva a tal proposito che nella successiva folta corrispondenza tra l'assicurato e l'amministrazione avente per oggetto prevalentemente l'asserito peggioramento della situazione valetudinaria, egli non ha contestato l'attività abituale dichiarata da lui medesimo in più occasioni e dal datore di lavoro, limitandosi a considerazioni di natura medica, indicando di essere in contatto con un legale e lamentandosi per la lentezza della procedura (cfr. ad esempio docc. 28, 36, 39, 56 incarto AI). Nella STCA 35.2019.37 del 19 febbraio 2020 l'ultima attività dell'assicurato è descritta come " operaio agricolo-stalliere " (consid. 1.1.), accertamento, questo, rimasto incontestato. Anche nel rapporto SMR del 28 settembre 2020 viene riportata l'attività di " Agricoltore-contadino dal 2014 " quale attività abituale (doc. 71 incarto AI). Con scritto del 16 ottobre 2020 l'assicurato ha chiesto di porre ai periti del _____ anche la seguente domanda: " 1) Con una compressione del tronco nervoso multipla ed incisiva così come documentato [...], sarebbe stato possibile svolgere un'attività lavorativa pesante quale quella svolta al tempo ovvero l'operaio agricolo ? " (doc. 83, pag. 223 incarto AI,

sottolineatura del redattore). La stessa identica domanda è stata posta nello scritto del ricorrente del 19 ottobre 2020 (doc. 84, pag. 226, sottolineatura del redattore: “[...] ovvero OPERAIO AGRICOLO ?”). Nel medesimo scritto l’assicurato ha ritenuto corretto quanto dichiarato nel questionario del 9 aprile 2018 dal datore di lavoro. Nella perizia INPS dell’11 novembre 2020 l’assicurato ha dichiarato nuovamente al perito di essere “ ex operaio agricolo ” (doc. 92, pag. 241 incarto AI). Anche nella “ documentazione riassuntiva ”, allestita dall’assicurato medesimo e inviata all’amministrazione il 2 dicembre 2020, egli dichiarava nuovamente di essere un operaio agricolo senza specializzazione alcuna (doc. 98, pag. 271 incarto AI). Nel mandato peritale del 19 aprile 2021, conformemente a tutte le dichiarazioni precedenti l’Ufficio AI ha indicato al _____ che l’attività svolta fino al danno alla salute era quello di collaboratore agricolo al 100%, allegando il questionario del datore di lavoro (doc. 126, pag. 360 e seg. incarto AI). Tale mandato figura tra gli allegati con cui l’Ufficio AI ha informato l’assicurato sugli accertamenti peritali da esperire (doc. 125, pag. 358 incarto AI); anche in quest’occasione egli non ha contestato l’attività precedente, limitandosi nuovamente a doglianze circa la lentezza della procedura (doc. 130 incarto AI). Con scritti dell’11 agosto e del 7 settembre 2021, ossia dopo le visite peritali del _____, l’assicurato ha asserito che le mansioni di cui si occupava comprendevano “ la lavorazione dei campi per la produzione del cibo per cavalli attraverso l’utilizzo di mezzi agricoli, la gestione della scuderia e l’utilizzo di cavalli in prima persona per i corsi, per l’addestramento per la valutazione degli stessi e la supervisione del campeggio e della prenotazione delle attività sportive che rappresentano il 30% dell’attività svolta all’interno dell’azienda ”, allegando il contratto di lavoro del 26 aprile 2021 (cfr. supra consid. 1.6.) e precisando la suddivisione dell’attività dell’agriturismo: 70% lavorazione dei campi con trattori e macchinari agricoli, 20% di gestione della scuderia e 10% per le attività di campeggio, svolte 180 giorni all’anno (docc. 137 pag. 398 e doc. 139 incarto AI). Nel verbale relativo alla visita di revisione ordinaria effettuata dai medici dell’INPS e datato 29 novembre 2021, i medici dell’istituto italiano hanno modificato, senza fornire spiegazioni circa il motivo o se si tratti di attività abituale o adeguata, l’attività lavorativa dell’assicurato, definendolo “ Responsabile azienda agricola, dipendente ” (cfr. doc. 149, pagg. 424, 426, 431 e 433 incarto AI). L’assicurato ha dichiarato al perito internista del _____ che “ Da giugno 2013 ca. lavora come collaboratore agricolo presso l’azienda agricola _____ [...]. Di regola vi lavorano il proprietario (che si occupa soprattutto della parte amministrativa) e l’A. che si occupava soprattutto della pulizia stalle, cura cavalli, manutenzione dell’azienda, fienagione [...], guida di trattori (le attività con i cavalli venivano effettuate da una persona esterna) ” (doc. 159, pag. 457 incarto AI, sottolineature del redattore), dunque in parziale contrasto con quanto asserito con lo scritto dell’11 agosto 2021 di cui sopra. Anche al perito reumatologo l’assicurato ha dichiarato di lavorare come collaboratore agricolo dal 2013 (doc. 159, pag. 494 incarto AI). Al perito neurologo l’assicurato ha dichiarato che “ il suo lavoro si svolge presso una grossa azienda agricola per conto di terzi: si occupava soprattutto della pulizia delle stalle, cura cavalli, manutenzione dell’azienda, fienagione [...] guida di trattori. ” (doc. 159, pag. 504 incarto AI). Anche al perito psichiatra egli ha dichiarato che “ è stato attivo come operaio imballatore [...], successivamente ha lavorato come operaio agricolo fino a dicembre 2017 [...]” (doc. 159, pag. 520 incarto AI). Ricevuto il referto peritale, l’assicurato ha sollevato alcune criticità, senza tuttavia censurare la determinazione dell’attività precedente di operaio agricolo/contadino-stalliere (cfr. ad esempio docc. 164, 165, 170 incarto AI). E nemmeno nelle osservazioni del 13 aprile 2022 (docc. 180 e 181 incarto AI) al progetto di

decisione egli ha contestato il fatto che la sua precedente attività fosse quella di operaio agricolo. In tale contesto giova rammentare il principio della priorità della dichiarazione della prima ora, secondo cui in presenza di due versioni differenti la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha reso nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche, le spiegazioni fornite in un secondo tempo non potendo integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (STF 8C_134/2016 del 15 giugno 2016 consid. 2.3.; DTF 121 V 45 consid. 2a). Visto quanto precede, questo Tribunale non ha dubbi che l'attività abituale dell'insorgente fosse quella di operaio agricolo-stalliere, le altre mansioni menzionate essendo palesemente secondarie. A tal proposito si osserva che è irrilevante la questione a sapere se la datrice di lavoro fosse un'azienda agricola (come ammesso nel questionario datore di lavoro) o un agriturismo, siccome sono le mansioni concrete dell'insorgente ad essere oggetto di valutazione, non il ventaglio di attività che si svolgevano in seno all'azienda. Accertata l'effettiva attività dell'insorgente, occorre ora determinare il reddito da valido. In casu, l'amministrazione ha determinato il reddito da valido sulla base della dichiarazione della datrice di lavoro (cfr. supra consid. 1.5.). Il ricorrente ritiene invece che il reddito da valido debba essere determinato sulla base del documento "MODIFICA DEI TERMINI DEL CONTRATTO DI LAVORO" datato 20 luglio 2017, asserendo come tale documento, contrariamente a quanto sostenuto dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.8.), fosse già stato fornito all'amministrazione al colloquio di accertamento (cfr. supra consid. 1.2., 1.7. e 1.9.). Questa Corte, valutata tutta la documentazione agli atti e le rispettive posizioni delle parti, ritiene che, per i motivi in appresso, quanto asserito dall'insorgente non sia credibile e che, di riflesso, il reddito da valido calcolato dall'Ufficio AI vada confermato. In primo luogo, il ricorrente sostiene di aver presentato il documento datato 20 luglio 2017 già al colloquio con la consulente IP del 30 aprile 2019 (cfr. supra consid. 1.2.). Tuttavia, dal rapporto di quest'ultima non vi è alcun indizio in tal senso. Infatti, nella "Descrizione dell'ultima attività, formazione professionale e scolastica" la consulente, mettendo a verbale quanto dichiarato dall'assicurato, ha indicato che "Inizia a lavorare presso _____ [...] a partire dal 2014. Il contratto è ancora in essere [...]" (doc. 27, pag. 62 incarto AI), non facendo alcun riferimento alla consegna del documento di cui il ricorrente ora si prevale. A tal proposito, non è verosimile che la consegna di tale documento non sia stata verbalizzata. Inoltre, dalla documentazione agli atti risulta che il documento in parola è stato presentato solo con il ricorso (allegato B). Già per questi motivi la tesi del ricorrente non risulta credibile. Oltre a ciò, si rileva che nel questionario del 9 aprile 2018 (cfr. supra consid. 1.3.), il datore di lavoro ha indicato che il salario dell'assicurato ammontava a mensili fr. 3'650 dal 1. gennaio 2017, reddito che egli avrebbe potuto conseguire anche successivamente nell'attività originaria senza il danno alla salute (doc. 24, pag. 56 incarto AI). A tal proposito, la censura del ricorrente basata sul documento datato 20 luglio 2017 (allegato B) secondo cui tale salario fosse limitato al periodo di formazione al termine del quale esso sarebbe stato quasi triplicato, non risulta sufficientemente sostanziata, anzi: secondo tale documento dal 1. agosto 2018, ossia dopo 12 mesi di formazione, l'assicurato avrebbe potuto percepire un reddito di fr. 9'450 mensili (fr. 45/h x 210 ore mensili), rispettivamente fr. 113'400 annui. Tuttavia, lo stesso datore di lavoro ha indicato nel citato formulario che per gli anni 2017, 2018 e (almeno per i primi tre mesi del) 2019, l'assicurato avrebbe continuato a percepire, in assenza del danno alla salute, lo stipendio mensile finora versato di fr. 3'650 mensili (doc. 24, pag. 57 incarto AI). La contraddizione risulta manifesta e le successive spiegazioni addotte dall'insorgente non persuadono. A tal

proposito, dalle tavole processuali non emerge alcuna presa di posizione del datore di lavoro circa la sua dichiarazione resa nel questionario, né il ricorrente si è mai premurato di presentarne una in questa sede. Tutto ben considerato, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche) nel diritto delle assicurazioni sociali (cfr. art. 61 lett. c in fine LPG; cfr. anche STF 9C_549/2020 del 1. settembre 2021 consid. 3.1. e seg.), è da ritenere non comprovata l'esistenza di un contratto di formazione dal surriferito contenuto al momento del danno alla salute e risulta pertanto corretta la valutazione dell'Ufficio AI in punto alla determinazione del salario da valido. Tale conclusione non è inficiata neppure dal contratto del 26 aprile 2021 con inizio dal 1. maggio 2021 (cfr. supra consid. 1.6. e doc. I, allegato C), trattandosi di un accordo, stipulato e con decorrenza successiva al danno alla salute, che prevede una retribuzione di fr. 45/h per 12,5 ore settimanali, salario modulato conformemente agli accertamenti dell'INPS in questa sede sconfessati (cfr. supra consid. 2.6. in fine). Tale accordo è tutt'al più afferente al reddito da invalido. In sintesi, non è plausibile che un assicurato frontaliere, senza alcuna formazione di gestione aziendale e attivo dal 2013/2014 quale operaio agricolo-stalliere, possa nell'arco di 12 mesi passare da un salario mensile di fr. 3'650 a mensili fr. 9'450 sulla base di una formazione pratica: un'allegazione tanto eccezionale necessita di prove parimenti eccezionali, in concreto non date. Visto quanto precede, il punto di partenza per determinare il reddito da valido è l'ultima retribuzione effettivamente percepita, ossia fr. 43'800 annui (12 x 3'650), come rettamente rilevato dall'Ufficio AI. A titolo abbondanziale, si rileva quanto segue. Il ricorrente asserisce che "le persone che hanno iniziato una formazione professionale ma non possono concluderla a causa dell'insorgere di un'invalidità continueranno ad essere equiparate, per la determinazione del reddito senza invalidità, alle persone che hanno concluso la formazione [...]" (doc. I, pag. 4), riprendendo il contenuto della scheda informativa dell'UFAS datata 3 novembre 2021 e denominata "Sistema di rendite e valutazione del grado d'invalidità". Tuttavia, nel caso di specie torna applicabile il diritto previgente (cfr. supra consid. 2.1.), mentre quanto riportato si riferisce al diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. Ma anche se – per ipotesi di lavoro – si volesse applicare quanto indicato dalla scheda informativa, si rileva che il ricorrente si è ben guardato dall'espone come tale indicazione si sia concretizzata nell'OAI. Infatti, il nuovo art. 26 cpv. 5 OAI prevede che se l'invalidità insorge dopo che l'assicurato ha previsto o iniziato una formazione professionale, il reddito da valido corrisponde al reddito statistico ex (nuovo) art. 25 cpv. 3 OAI che egli avrebbe potuto conseguire se avesse concluso la formazione. Pertanto, anche se si volesse considerare l'assicurato in formazione al momento dell'insorgenza dell'invalidità e che la conclusione della formazione era stata impedita dall'infortunio del 22 dicembre 2017, sarebbero i redditi statistici a determinare il suo reddito da valido, non quanto egli avrebbe asseritamente percepito secondo il contratto di formazione di cui si prevale. Da ultimo, è utile osservare che, seppur non determinanti, le direttive salariali per il personale extrafamiliare impiegato nell'agricoltura edite da Agriticino-Unione Contadini Ticinesi indicano per i gestori di aziende, ossia la massima classe (8) di stipendio con oltre cinque anni di esperienza, un salario lordo mensile che poteva arrivare fino a fr. 6'275 nel 2018, fr. 6'345 nel 2019, 2020 e 2021 e fr. 6'385 per il 2022 (dati reperibili sul sito www.agriticino.ch, consultato il 26 settembre 2022), ossia inferiore di ben fr. 3'000 a quanto avrebbe asseritamente percepito al termine del periodo di formazione il ricorrente, circostanza che sminuisce ulteriormente la credibilità delle asserzioni di quest'ultimo. 2.7.3. 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). Nel caso in esame il ricorrente non ha contestato il reddito da invalido determinato dall'Ufficio AI su base statistica. Come si vedrà in appresso, vi è un correttivo da apportare ai calcoli dell'amministrazione, senza tuttavia ripercussioni sull'esito del presente giudizio. Siccome al momento determinante (cfr. supra consid. 2.8.2.) l'insorgente non aveva intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, è a ragione che l'Ufficio AI ha determinato il reddito da invalido su base statistica, utilizzando la citata tabella TA1 (stato 2018) dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica. Tenuto conto dei dati della tabella statistica relativa ad attività semplici e ripetitive, valore mediano, settore privato, genere maschile, l'amministrazione ha correttamente rilevato un salario di riferimento il salario statistico ammonta a fr. 67'766,67. Tuttavia, l'Ufficio AI ha operato una riduzione percentuale da tale cifra del 10% (8% per attività leggere e 2% per imprecisati svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), ottenendo un reddito da invalido di fr. 60'990. Questa Corte ritiene ingiustificata la riduzione percentuale operata al reddito da invalido. Va qui segnalato che con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, la Corte federale ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (consid. 5.4.). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6. (cfr. anche STCA 32.2021.67 del 7 marzo 2022 consid. 2.7.5.). Conformemente alla surriferita giurisprudenza, in concreto un'eventuale riduzione percentuale dal reddito da invalido sarebbe dovuta essere del 10% (invece che dell'8%) per attività leggere e dello 0%, rispettivamente 5% (invece che del 2%) per imprecisati svantaggi salariali. A proposito di quest'ultima riduzione, si rileva che nonostante avesse constatato l'assenza di motivi per una riduzione percentuale dovuta a fattori quali età e anni di servizio, limitazione delle funzionalità e tasso d'occupazione (leggasi: lavoro a tempo parziale), il consulente in integrazione ha concluso che " Visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 8% per attività leggere e del/lo 2% per altri fattori di riduzione. " (docc. 173 e 174 incarto AI, sottolineatura del redattore), senza addurre alcun motivo a supporto di tale conclusione. Il TCA non può aderire a tale conclusione. Inoltre, la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del

lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure Bernasconi, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.10). Conseguentemente, in concreto non solo la riduzione percentuale non è stata effettuata conformemente alla surriferita giurisprudenza ma essa risulta altresì ingiustificata. A titolo abbondanziale si rileva che neppure un'ipotetica riduzione percentuale del 15% muterebbe l'esito del presente giudizio, come si esporrà di seguito. Pertanto, per l'intervallo dal 22 dicembre 2018 al 17 ottobre 2019 il reddito da invalido è di fr. 67'766,67. Conseguentemente, procedendo al confronto del reddito da valido (fr. 43'800, cfr. supra consid. 2.7.2.) con quello da invalido (fr. 67'766,67) ex art. 16 LPGA, non vi è discapito economico, ragione per cui il grado d'invalidità è nullo. Tale circostanza non muta neppure se – per mera ipotesi di lavoro – si operasse una riduzione percentuale del 15% (10% per attività leggere e 5% per altri fattori di riduzione) dal reddito da invalido; ciò comporterebbe un reddito da invalido di fr. 57'601,67, senza discapito economico e con grado d'invalidità nullo. Per il periodo dal 18 ottobre 2019 in avanti l'Ufficio AI ha determinato il reddito da invalido di fr. 36'915.15 (fr. 68'361.39 a cui va applicata una riduzione del 40% a seguito della valutazione medico-teorica ed un'ulteriore riduzione percentuale per gli stessi motivi indicati nel calcolo precedente). Questa Corte, per i motivi già illustrati sopra, non condivide la riduzione percentuale operata dall'amministrazione, ragione per cui il reddito da invalido per il periodo in parola ammonta a fr. 41'016.83, ossia al 60% di fr. 68'361.39. Dal confronto dei redditi si desume un discapito economico di fr. 2'783,17 ed un grado d'invalidità non pensionabile del 6,35%. Analogamente a quanto esposto sopra, se – per ipotesi di lavoro – si operasse una riduzione percentuale del 15% al reddito da invalido, esso ammonterebbe a fr. 34'864,31. Dal confronto dei redditi si otterrebbe un discapito economico di fr. 8'935,69 ed un grado d'invalidità non pensionabile del 20,4%. Per quanto attiene al contratto di lavoro del 26 aprile 2021 che stabilisce una retribuzione di fr. 28'350 annui ((fr. 45/h x 210 ore mensili x 12 mesi) : 100 x 25), esso non può configurare il reddito da invalido. Infatti, come indicato sopra, per determinare il reddito da invalido va considerato il reddito che l'assicurato può conseguire mettendo a miglior frutto la propria capacità lavorativa residua. In concreto, il salario statistico conseguibile dal ricorrente è superiore a quanto da lui effettivamente percepito, ragione per cui il salario statistico costituisce in concreto il reddito da invalido. Pertanto, anche le censure del ricorrente afferenti alla valutazione economica risultano inconferenti. 2.8. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021

ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA 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 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

E. 17

ottobre 2022

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Jerry Vadakkumcherry, vicecancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 7 giugno 2022 di

RI 1

contro

la decisione del 25 maggio 2022 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

Con annotazione del 15 luglio 2020 il medico SMR, dr. _____ (specialista in medicina interna generale), preso atto della STCA 35.2019.37 del 19 febbraio 2020 con la quale il TCA aveva accolto il ricorso in ambito LAINF retrocedendo gli atti all'amministrazione al fine di procedere con ulteriori accertamenti (doc. 39, pagg. 104-126 incarto AI), ha auspicato l'esperimento di una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, reumatologico, neurologico e psichiatrico (doc. 54 incarto AI). I medici SMR, dr. _____ e dr. _____, hanno quindi formalizzato tale richiesta il 28 settembre 2020 (doc. 72 incarto AI) e l'amministrazione l'ha avallata (doc. 81 incarto AI), l'assicurato venendo inserito ad ottobre 2020 sulla piattaforma SuisseMED@AP (doc. 106 incarto AI). A causa dell'emergenza pandemica l'Ufficio AI ha comunicato all'assicurato che i tempi d'attesa per l'organizzazione dell'accertamento peritale si sarebbero dilazionati (doc. 85 incarto AI) e l'assicurato ha risposto di aver richiesto alle commissioni mediche dell'INPS (Istituto nazionale della previdenza sociale italiano) l'attuazione di diverse perizie pluridisciplinari, riportandone le conclusioni (doc. 90 e 103

incarto AI).

Chiamato dall'Amministrazione a determinarsi circa le conclusioni delle refertazioni mediche presentate dall'assicurato, il medico SMR ha rilevato che esse non permettevano di prescindere dalla perizia pluridisciplinare (docc. 106, 107 e 114 incarto AI).

circa l'incapacità lavorativa e la sua evoluzione nel tempo, i periti hanno accertato quanto segue:

Con rapporto finale del 17 febbraio 2022 (doc. 160 incarto AI)

il medico SMR ha fatto proprie le conclusioni peritali e il referto peritale è stato inviato all'assicurato il

E. 22

febbraio 2022 (doc. 161 incarto AI; a tal proposito, si rileva un refuso nel rapporto SMR, in quanto l'incapacità lavorativa in attività adeguate è stata erroneamente indicata dal 18 settembre 2019 [doc. 160, pag. 545 incarto AI], mentre secondo i periti essa risale al 18 ottobre 2019; inoltre, il rapporto SMR non indica che l'incapacità lavorativa è da intendere quale riduzione del rendimento, come accertato dai periti).

Con scritto del 13 gennaio 2022 l'assicurato ha accettato le conclusioni peritali, pur criticandone alcuni aspetti relativi all'accertamento neurologico. Egli ha altresì comunicato che:

Con rapporto SIP del 17 marzo 2022 (doc. 166 incarto AI) la consulente professionale, tenuto conto delle limitazioni medico-teoriche accertate dai periti, ha ritenuto esserci ancora un ventaglio di attività esigibili non qualificate nel settore secondario che rispettano i limiti funzionali dell'assicurato. Non essendo adempiuti i presupposti per il diritto a dei provvedimenti professionali atti a migliorare la capacità di guadagno, la consulente ha chiuso la pratica.

Per il periodo dal 18 ottobre 2019 in avanti, il reddito da valido, sempre calcolato sulla base della dichiarazione della datrice di lavoro, è stato cifrato in fr. 43'800, mentre quello da invalido, calcolato su base statistica, in fr. 36'915.15 (tabelle RSS 2018 aggiornate al 2019, valori federali, settore maschile, riduzione del 10% per attività leggera e svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari e un'incapacità lavorativa del 40%). Operando il confronto dei redditi ex art. 16 LPGA, l'Amministrazione ha stabilito un grado d'invalidità non pensionabile del 16%.

Con scritto del 13 aprile 2022 (doc. 180 incarto AI) l'assicurato ha osservato innanzitutto che i medici INPS hanno accertato la perdita definitiva della capacità lavorativa generica, nella misura del 67%, ragione per cui la differenza di quanto certificherebbe il vostro neurologo di fiducia, vi è ancora una capacità lavorativa specifica residua applicabile nell'ambito dell'abituale posto di lavoro, nella misura del 25%, poiché una serie di attività leggere ed amministrative, seppur nell'ambito di un'azienda agricola, risultano ancora attuabili in questa percentuale[]. Pertanto, soggiunge l'assicurato,

Con ulteriore scritto di medesima data (doc. 181 incarto AI) l'assicurato ha rimproverato all'Ufficio AI di non essersi espresso circa la valutazione peritale dei medici INPS, nonostante essa fosse stata vagliata dai periti del _____. A mente sua, per il calcolo del grado d'invalidità l'Ufficio AI avrebbe dovuto determinare il reddito da valido in fr. 113'400 sulla base del contratto di lavoro, il reddito da invalido in fr. 18'114.03 (fr. 60'990,

ridotti del 10% per attività leggera e poi ridotti del 67% in base a quanto attestato dai medici INPS), con conseguente grado d'invalidità dell'84,2%.

Con decisione del 25 maggio 2022 (doc. 182 incarto AI) l'Ufficio AI ha confermato il preavviso prendendo così posizione sulle osservazioni dell'assicurato:

Nella ricostruzione degli eventi, l'insorgente asserisce che l'incidente del 22 dicembre 2017 fosse avvenuto durante un periodo di formazione che precedeva l'integrazione del contratto di lavoro in essere [doc. 138, pag. 400, n.d.r.], come da accordi scritti intercorsi tra le parti nei mesi antecedenti l'infortunio [doc. I, allegato B] e che Tale accordo prevedeva che al termine della formazione per la gestione dell'azienda [] si sarebbe applicato un cambio salariale nei seguenti termini: Contratto di lavoro a tempo indeterminato che prevedeva 210 ore mensili retribuite con 45 chf orari lordi, per un totale di 113400 chf annui.

Dopo aver evidenziato che la perizia del _____ diverge da quella dell'INPS allestita tre mesi dopo, l'insorgente ha esposto il confronto dei redditi applicando i parametri corretti desumendone un grado d'invalidità dell'84,02%, rispettivamente del 67,44% volendo applicare i parametri stabiliti dal [] _____, seppur molto discordante rispetto a quello espresso successivamente dalla spett.le INPS.

Quo alla valutazione economica, l'Ufficio AI rileva che il documento intitolato Modifica dei termini del contratto di lavoro (doc. I, allegato B) non è mai stato citato e/o prodotto precedentemente, l'assicurato avendo trasmesso unicamente copia del contratto di lavoro riferito ad orari irregolari datato 26 aprile 2021 (doc. 177, pag. 597 incarto AI) che a mente sua determinerebbe il reddito da valido di annui fr. 113'400 (moltiplicando l'asserita nuova retribuzione oraria di fr. 9'450 per l'orario a tempo pieno di 210 ore mensili). L'Ufficio AI ha quindi confermato il reddito da valido stabilito nella decisione, ossia mensili fr. 3'650, trattandosi dell'ultimo reddito percepito e indicato nel formulario di richiesta AI, sottolineando che il ricorrente non ha mai percepito nella sua carriera un importo di fr. 9'450 mensili. Ritenuto che il contratto di lavoro datato 26 aprile 2021 è stato concluso successivamente al danno alla salute, a mente dell'Ufficio AI esso determina il reddito da invalido. L'Ufficio espone infine tutta una serie di elementi e considerazioni che osterebbero al riconoscimento del salario di fr. 9'450 mensili quale reddito da valido. In ragione di quanto esposto, ha quindi formulato la conferma della decisione impugnata e, di riflesso, la reiezione dell'impugnativa.

Egli osserva di aver concordato con la gestione dell'agriturismo misure professionali per poter ripristinare [] in parte, la capacità lavorativa specifica. Inoltre censura la dichiarazione dell'Ufficio AI secondo cui non avrebbe mai inviato il contratto di formazione, asserendo di averlo fornito al primo colloquio d'accertamento. Quo alla dichiarazione del datore di lavoro secondo cui l'assicurato avrebbe percepito mensili fr. 3'650 senza il danno alla salute (doc. 24, pag. 57 incarto AI), egli asserisce che il datore di lavoro non poteva sapere che in caso di danno alla salute in costanza di un contratto di formazione, il salario percepito determina il salario da valido. Egli asserisce inoltre che Oltre alla copia del contratto di formazione fornita in sede di colloquio, è stata inviata [] in data 07/09/2021 [] al sig. _____ [dell'Ufficio AI, n.d.r.] la copia del contratto stipulato tra le parti e tutt'ora in essere, che è di fatto l'applicazione concreta degli accordi intercorsi il 20 luglio 2017 in relazione alla formazione professionale intrapresa. Controparte considera erroneamente il contratto stipulato il 26 aprile 2021 [doc. I, allegato

C, n.d.r.] come nuovo, indipendente e sopraggiunto dal nulla ma, come sopra specificato, con questo contratto sono stati convalidati gli accordi intercorsi già nel luglio del 2017, precisando il contenuto del Contratto di lavoro con orari irregolari e ritenendo inaccettabile che controparte reputi a posteriori poco verosimile l'attuazione di un contratto di formazione che invece di fatto ha condotto all'attuale situazione. (p.to 5). Per il resto, l'insorgente ha ribadito le censure sollevate nel ricorso (p.ti 6-8).

considerato in diritto

Nella DTF 148 V 162 consid. 3.2.1. il Tribunale federale formulato le seguenti precisazioni circa il diritto intertemporale:

La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, prevede al marginale 9101 che Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

I marginali 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, prevedono che:

Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022.

Con scritto del 7 settembre 2022 destinato agli uffici AI (21/2022 Informativa per gli uffici AI: diritto transitorio per la valutazione del grado d'invalidità e la determinazione del diritto alla rendita (riforma Ulteriore sviluppo dell'AI)) ed inoltrato dietro richiesta il 5 ottobre 2022 al TCA, l'UFAS ha confermato che:

Con telefonata intercorsa il 5 ottobre 2022 l'UFAS ha confermato al TCA che, a dispetto della difformità di giudizio dei tribunali cantonali riscontrata nei primi mesi dalla modifica legislativa, il corretto procedere è quello illustrato nelle summenzionate Circolari.

In concreto, l'assicurato ha presentato la sua prima domanda di prestazioni AI il 26/28 febbraio 2019 (cfr. supra consid. 1.1.), ragione per cui, trattandosi di una domanda tardiva, il diritto alle prestazioni sarebbe nato al più presto il 1. settembre 2019 (art. 29 cpv. 1 LAI). L'invalidità (teorica) ex art. 28 LAI sarebbe insorta al più presto il 22 dicembre 2018, ossia un anno dopo l'infortunio (cfr. supra consid. 1.1. e 1.5.).

Conseguentemente, sia l'invalidità che l'asserito diritto alle prestazioni sarebbero insorti entro il 31 dicembre 2021.

L'Ufficio AI ha emanato la sua decisione di rifiuto di prestazioni il 25 maggio 2022 (cfr. supra consid. 1.6.).

Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA, 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 LPGA 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) 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%.

Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA 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., pag. 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 che 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b).

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. regesto della DTF 129 V 222).

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).

Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 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 nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/ 2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludente dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25

agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465).

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

E. 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).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.5. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni (cfr. supra consid. 1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha richiamato l'incarto LAINF sottoponendolo al medico SMR (cfr. supra consid. 1.3.) e, su sua indicazione, ha predisposto una perizia pluridisciplinare confluita nel referto peritale del 15 febbraio 2022,

fatto proprio dal medico SMR (cfr. supra consid. 1.4.). Sulla scorta delle conclusioni peritali e della documentazione afferente alla situazione lavorativa dell'assicurato, l'amministrazione ha emanato la decisione impugnata, debitamente preavvisata (cfr. supra consid. 1.6. e seg.).

Il ricorrente non formula (esplicite e circostanziate) censure circa la valutazione medica dei periti _____ e del medico SMR ma, siccome vi contrappone le risultanze dell'ultima perizia dell'INPS per il calcolo del grado d'invalidità, non si può prescindere dalla disamina dell'aspetto medico (cfr. infra consid. 2.6.). Le censure dell'insorgente si focalizzano tuttavia sulla valutazione economica operata dall'Ufficio AI, di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito (cfr. infra consid. 2.7.).

Il ricorrente contesta la valutazione medica operata dal _____ avvalendosi del rapporto dell'INPS del 29 novembre 2021 ■ asseritamente ■ []3 mesi dopo quella effettuata dal _____ ■ ■ secondo cui

Questa Corte rileva che sebbene le visite peritali hanno avuto luogo tra marzo ed agosto 2021 (doc. 159, pagg. 448, 490, 504 e 515 incarto AI), il referto peritale _____ è stato reso solo il 15 febbraio 2022 (doc. 159, pag. 448 incarto AI), ragione per cui è quest'ultimo ad essere di tre mesi successivo al rapporto finale dell'INPS datato 29 novembre 2021 (doc. I, allegato D). Infatti, le refertazioni dell'INPS, tra cui anche lo scarno verbale del 29 novembre 2021, sono state vagliate dai periti _____ (cfr. ad esempio doc. 159, pagg. 455 e 473 incarto AI) che, conformemente al loro mandato quali periti indipendenti (cfr. doc. 159, pagg. 478, 503, 513 e 530 incarto AI) ■ e non ■ di fiducia■, come erroneamente addotto dall'insorgente (cfr. doc. 164 in initio incarto AI) ■, hanno formulato proprie diagnosi con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (globale) in attività precedente e in quella adeguata (cfr. supra consid. 1.4.). Oltre a ciò, lo stesso ricorrente, una volta ottenuto il referto peritale, si è limitato a fare ■alcune doverose precisazioni[],anche se non sono intese a voler modificare l'esito finale della perizia[]■ (doc. 164 incarto AI in initio).

Da ultimo, dagli atti non risulta che i medici dell'INPS si siano mai confrontati attivamente con le conclusioni della perizia _____.

Stando così le cose, questa Corte non ravvisa alcun motivo per discostarsi dalle conclusioni della perizia pluridisciplinare _____ (cfr. supra consid. 1.4.), avendo i periti operato una valutazione strutturata, dettagliata, approfondita, coerente, sufficientemente motivata e, per l'aspetto psichiatrico, vagliato gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza topica (DTF 141 V 281, DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), ciò che le conferisce forza probatoria piena (cfr. supra consid. 2.4.).

Per costante giurisprudenza federale, qualora l'assicurato, come persona sana, non sarebbe stato più attivo presso il suo precedente posto di lavoro, il reddito da valido va determinato sulla base dei valori statistici (STF 8C_581/2020 e 8C_585/2020 succitata).

L'utilizzo dei valori salariali statistici è quindi sussidiario, ovvero il ricorso a tali dati avverrà solo se non è possibile determinare il reddito da valido e/o da invalido sulla base e in conformità alle circostanze specifiche del singolo caso (DTF 142 V 178, consid. 2.5.7. con ulteriori rinvii giurisprudenziali; STCA 35.2020.49 del 25 gennaio 2021 consid. 1.6.).

Il TF ha stabilito che per la determinazione del salario statistico sono di principio applicabili i dati salariali nazionali di cui alla tabella RSS TA1 (STFA U 75/03 del 12 ottobre 2006 e I

222/04 del 5 settembre 2006).

Occorre innanzitutto determinare il momento d'insorgenza dell'eventuale diritto alla rendita, per poi accertare quale fosse l'attività dell'assicurato in quel momento e determinare il reddito da valido.

Il ricorrente ha motivato la domanda di prestazioni del 26/28 febbraio 2019 adducendo problematiche riconducibili ad un infortunio occorsogli il 22 dicembre 2017 (cfr. supra consid. 1.1.). I periodi di incapacità lavorativa accertati dai periti (cfr. supra consid. 1.4.) sono stati confermati in questa sede (cfr. supra consid. 2.6.). Conseguentemente, in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI l'anno d'attesa è iniziato a decorrere il 22 dicembre 2017 ed è terminato il 22 dicembre 2018 (il calcolo della decorrenza è da effettuare in giorni, cfr. Valterio, Commentaire sur la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 13 ad art. 28 LAI).

Pertanto, il diritto alla rendita sarebbe insorto al più presto il 22 dicembre 2018 (momento determinante).

Occorre ora determinare quanto RI 1 nel momento determinante guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana (reddito da valido).

In concreto, occorre innanzitutto verificare quale fosse l'attività abituale dell'assicurato al momento del danno alla salute, siccome egli contesta di essere (stato) solo un operaio agricolo.

Nel formulario di domanda AI del 26/28 febbraio egli ha dichiarato, quale ultima attività principale, quella di contadino al 100% per fr. 3'650 mensili lordi (doc. 10, pag. 24 incarto AI). Nel curriculum vitae, egli ha indicato, quale funzione quella di **OPERAIO 100%** (doc. 18, pag. 37 incarto AI). Alla consulente professionale l'assicurato ha dichiarato di svolgere presso _____ di _____ varie attività come quella di custode di cavalli, operaio, ricezione del campeggio e varie attività a partire dal 2014 (doc. 22, pag. 48 incarto AI). Nel questionario del 9 aprile 2018 il datore di lavoro ha dichiarato trattarsi di un'azienda agricola presso la quale l'assicurato è attivo quale collaboratore agricolo con le mansioni di guida di trattori, pulizia delle stalle, cura dei cavalli, manutenzione dell'azienda e attenzione ai clienti (doc. 24, pagg. 53 e 55 incarto AI), ciò che ha riportato anche la consulente IP nel suo rapporto finale del 17 settembre 2019 (doc. 27 incarto AI). Si rileva a tal proposito che nella successiva folta corrispondenza tra l'assicurato e l'amministrazione avente per oggetto prevalentemente l'asserito peggioramento della situazione valetudinaria, egli non ha contestato l'attività abituale dichiarata da lui medesimo in più occasioni e dal datore di lavoro, limitandosi a considerazioni di natura medica, indicando di essere in contatto con un legale e lamentandosi per la lentezza della procedura (cfr. ad esempio docc. 28, 36, 39, 56 incarto AI). Nella STCA 35.2019.37 del 19 febbraio 2020 l'ultima attività dell'assicurato è descritta come **operaio agricolo-stalliere** (consid. 1.1.), accertamento, questo, rimasto incontestato. Anche nel rapporto SMR del

E. 28

settembre 2020 viene riportata l'attività di **Agricoltore-contadino dal 2014** quale attività abituale (doc. 71 incarto AI). Con scritto del 16 ottobre 2020 l'assicurato ha chiesto di porre ai periti del _____ anche la seguente domanda: **1) Con una compressione del tronco nervoso multipla ed incisiva così come documentato**], sarebbe stato possibile

svolgere un'attività lavorativa pesante quale quella svolta al tempo ovvero l'operaio agricolo? (doc. 83, pag. 223 incarto AI, sottolineatura del redattore). La stessa identica domanda è stata posta nello scritto del ricorrente del 19 ottobre 2020 (doc. 84, pag. 226, sottolineatura del redattore: "[] ovvero OPERAIO AGRICOLO?"). Nel medesimo scritto l'assicurato ha ritenuto corretto quanto dichiarato nel questionario del 9 aprile 2018 dal datore di lavoro. Nella perizia INPS dell'11 novembre 2020 l'assicurato ha dichiarato nuovamente al perito di essere ex operaio agricolo (doc. 92, pag. 241 incarto AI). Anche nella documentazione riassuntiva, allestita dall'assicurato medesimo e inviata all'amministrazione il 2 dicembre 2020, egli dichiarava nuovamente di essere un operaio agricolo senza specializzazione alcuna (doc. 98, pag. 271 incarto AI). Nel mandato peritale del 19 aprile 2021, conformemente a tutte le dichiarazioni precedenti l'Ufficio AI ha indicato al _____ che l'attività svolta fino al danno alla salute era quello di collaboratore agricolo al 100%, allegando il questionario del datore di lavoro (doc. 126, pag. 360 e seg. incarto AI). Tale mandato figura tra gli allegati con cui l'Ufficio AI ha informato l'assicurato sugli accertamenti peritali da esperire (doc. 125, pag. 358 incarto AI); anche in quest'occasione egli non ha contestato l'attività precedente, limitandosi nuovamente a doglianze circa la lentezza della procedura (doc. 130 incarto AI).

Con scritti dell'11 agosto e del 7 settembre 2021, ossia dopo le visite peritali del _____, l'assicurato ha asserito che le mansioni di cui si occupava comprendevano la lavorazione dei campi per la produzione del cibo per cavalli attraverso l'utilizzo di mezzi agricoli, la gestione della scuderia e l'utilizzo di cavalli in prima persona per i corsi, per l'addestramento per la valutazione degli stessi e la supervisione del campeggio e della prenotazione delle attività sportive che rappresentano il 30% dell'attività svolta all'interno dell'azienda, allegando il contratto di lavoro del 26 aprile 2021 (cfr. supra consid. 1.6.) e precisando la suddivisione dell'attività dell'agriturismo: 70% lavorazione dei campi con trattori e macchinari agricoli, 20% di gestione della scuderia e 10% per le attività di campeggio, svolte 180 giorni all'anno (doc. 137 pag. 398 e doc. 139 incarto AI). Nel verbale relativo alla visita di revisione ordinaria effettuata dai medici dell'INPS e datato 29 novembre 2021, i medici dell'Istituto italiano hanno modificato, senza fornire spiegazioni circa il motivo o se si tratti di attività abituale o adeguata, l'attività lavorativa dell'assicurato, definendolo Responsabile azienda agricola, dipendente (cfr. doc. 149, pagg. 424, 426, 431 e 433 incarto AI).

L'assicurato ha dichiarato al perito internista del _____ che Da giugno 2013ca. lavora come collaboratore agricolo presso l'azienda agricola _____. Di regola vi lavorano il proprietario (che si occupa soprattutto della parte amministrativa) e l'A. che si occupava soprattutto della pulizia stalle, cura cavalli, manutenzione dell'azienda, fienagione, guida di trattori (le attività con i cavalli venivano effettuate da una persona esterna) (doc. 159, pag. 457 incarto AI, sottolineature del redattore), dunque in parziale contrasto con quanto asserito con lo scritto dell'11 agosto 2021 di cui sopra. Anche al perito reumatologo l'assicurato ha dichiarato di lavorare come collaboratore agricolo dal 2013 (doc. 159, pag. 494 incarto AI). Al perito neurologo l'assicurato ha dichiarato che il suo lavoro si svolge presso una grossa azienda agricola per conto di terzi: si occupava soprattutto della pulizia delle stalle, cura cavalli, manutenzione dell'azienda, fienagione, guida di trattori. (doc. 159, pag. 504 incarto AI). Anche al perito psichiatra egli ha dichiarato che è stato attivo come operaio imballatore, successivamente ha lavorato come operaio agricolo fino a dicembre 2017 (doc. 159, pag. 520 incarto AI).

Ricevuto il referto peritale, l'assicurato ha sollevato alcune criticità, senza tuttavia censurare la determinazione dell'attività precedente di operaio agricolo/contadino-stalliere (cfr. ad esempio docc. 164, 165, 170 incarto AI). E nemmeno nelle osservazioni del 13 aprile 2022 (docc. 180 e 181 incarto AI) al progetto di decisione egli ha contestato il fatto che la sua precedente attività fosse quella di operaio agricolo.

In tale contesto giova rammentare il principio della priorità della dichiarazione della prima ora, secondo cui in presenza di due versioni differenti la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha reso nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche, le spiegazioni fornite in un secondo tempo non potendo integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (STF8C_134/2016 del 15 giugno 2016 consid. 2.3.; DTF 121 V 45 consid. 2a).

Visto quanto precede, questo Tribunale non ha dubbi che l'attività abituale dell'insorgente fosse quella di operaio agricolo-stalliere, le altre mansioni menzionate essendo palesemente secondarie. A tal proposito si osserva che è irrilevante la questione a sapere se la datrice di lavoro fosse un'azienda agricola (come ammesso nel questionario datore di lavoro) o un agriturismo, siccome sono le mansioni concrete dell'insorgente ad essere oggetto di valutazione, non il ventaglio di attività che si svolgevano in seno all'azienda.

Accertata l'effettiva attività dell'insorgente, occorre ora determinare il reddito da valido.

In casu, l'amministrazione ha determinato il reddito da valido sulla base della dichiarazione della datrice di lavoro (cfr. supra consid. 1.5.). Il ricorrente ritiene invece che il reddito da valido debba essere determinato sulla base del documento **MODIFICA DEI TERMINI DEL CONTRATTO DI LAVORO** datato 20 luglio 2017, asserendo come tale documento, contrariamente a quanto sostenuto dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.8.), fosse già stato fornito all'amministrazione al colloquio di accertamento (cfr. supra consid. 1.2., 1.7. e 1.9.).

Questa Corte, valutata tutta la documentazione agli atti e le rispettive posizioni delle parti, ritiene che, per i motivi in appresso, quanto asserito dall'insorgente non sia credibile e che, di riflesso, il reddito da valido calcolato dall'Ufficio AI vada confermato.

In primo luogo, il ricorrente sostiene di aver presentato il documento datato 20 luglio 2017 già al colloquio con la consulente IP del 30 aprile 2019 (cfr. supra consid. 1.2.). Tuttavia, dal rapporto di quest'ultima non vi è alcun indizio in tal senso. Infatti, nella **Descrizione dell'ultima attività, formazione professionale e scolastica** la consulente, mettendo a verbale quanto dichiarato dall'assicurato, ha indicato che **Inizia a lavorare presso _____ []** [a partire dal 2014. Il contratto è ancora in essere] (doc. 27, pag. 62 incarto AI), non facendo alcun riferimento alla consegna del documento di cui il ricorrente ora si prevale. A tal proposito, non è verosimile che la consegna di tale documento non sia stata verbalizzata. Inoltre, dalla documentazione agli atti risulta che il documento in parola è stato presentato solo con il ricorso (allegato B). Già per questi motivi la tesi del ricorrente non risulta credibile. Oltre a ciò, si rileva che nel questionario del 9 aprile 2018 (cfr. supra consid. 1.3.), il datore di lavoro ha indicato che il salario dell'assicurato ammontava a mensili fr. 3'650 dal 1. gennaio 2017, reddito che egli avrebbe potuto conseguire anche successivamente nell'attività originaria senza il danno alla salute (doc. 24, pag. 56 incarto AI). A tal proposito, la censura del ricorrente basata sul documento datato 20 luglio 2017 (allegato B) secondo cui tale salario fosse limitato al periodo di formazione al termine del

quale esso sarebbe stato quasi triplicato, non risulta sufficientemente sostanziata, anzi: secondo tale documento dal 1. agosto 2018, ossia dopo 12 mesi di formazione, l'assicurato avrebbe potuto percepire un reddito di fr. 9'450 mensili (fr. 45/h x 210 ore mensili), rispettivamente fr. 113'400 annui. Tuttavia, lo stesso datore di lavoro ha indicato nel citato formulario che per gli anni 2017, 2018 e (almeno per i primi tre mesi del) 2019, l'assicurato avrebbe continuato a percepire, in assenza del danno alla salute, lo stipendio mensile finora versato di fr. 3'650 mensili (doc. 24, pag. 57 incarto AI). La contraddizione risulta manifesta e le successive spiegazioni addotte dall'insorgente non persuadono. A tal proposito, dalle tavole processuali non emerge alcuna presa di posizione del datore di lavoro circa la sua dichiarazione resa nel questionario, né il ricorrente si è mai premurato di presentarne una in questa sede.

Tutto ben considerato, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche) nel diritto delle assicurazioni sociali (cfr. art. 61 lett. c in fine LPGa; cfr. anche STF 9C_549/2020 del 1. settembre 2021 consid. 3.1. e seg.), è da ritenere non comprovata l'esistenza di un contratto di formazione dal surriferito contenuto al momento del danno alla salute e risulta pertanto corretta la valutazione dell'Ufficio AI in punto alla determinazione del salario da valido.

Tale conclusione non è inficiata neppure dal contratto del 26 aprile 2021 con inizio dal 1. maggio 2021 (cfr. supra consid. 1.6. e doc. I, allegato C), trattandosi di un accordo, stipulato e con decorrenza successiva al danno alla salute, che prevede una retribuzione di fr. 45/h per 12,5 ore settimanali, salario modulato conformemente agli accertamenti dell'INPS in questa sede sconfessati (cfr. supra consid. 2.6. in fine). Tale accordo è tutt'al più afferente al reddito da invalido.

In sintesi, non è plausibile che un assicurato frontaliere, senza alcuna formazione di gestione aziendale e attivo dal 2013/2014 quale operaio agricolo-stalliere, possa nell'arco di 12 mesi passare da un salario mensile di fr. 3'650 a mensili fr. 9'450 sulla base di una formazione pratica: un'allegazione tanto eccezionale necessita di prove parimenti eccezionali, in concreto non date.

Visto quanto precede, il punto di partenza per determinare il reddito da valido è l'ultima retribuzione effettivamente percepita, ossia fr. 43'800 annui (12 x 3'650), come rettamente rilevato dall'Ufficio AI.

A titolo abbondanziale, si rileva quanto segue.

Il ricorrente asserisce che le persone che hanno iniziato una formazione professionale ma non possono concluderla a causa dell'insorgere di un'invalidità continueranno ad essere equiparate, per la determinazione del reddito senza invalidità, alle persone che hanno concluso la formazione] (doc. I, pag. 4), riprendendo il contenuto della scheda informativa dell'UFAS datata 3 novembre 2021 e denominata Sistema di rendite e valutazione del grado d'invalidità. Tuttavia, nel caso di specie torna applicabile il diritto previgente (cfr. supra consid. 2.1.), mentre quanto riportato si riferisce al diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. Ma anche se per ipotesi di lavoro si volesse applicare quanto indicato dalla scheda informativa, si rileva che il ricorrente si è ben guardato dall'espone come tale indicazione si sia concretizzata nell'OAI. Infatti, il nuovo art. 26 cpv. 5 OAI prevede che se l'invalidità insorge dopo che l'assicurato ha previsto o iniziato una formazione professionale, il reddito da valido corrisponde al reddito statistico ex (nuovo) art. 25 cpv. 3 OAI che egli avrebbe potuto conseguire se avesse concluso la formazione.

Pertanto, anche se si volesse considerare l'assicurato in formazione al momento dell'insorgenza dell'invalidità e che la conclusione della formazione era stata impedita dall'infortunio del 22 dicembre 2017, sarebbero i redditi statistici a determinare il suo reddito da valido, non quanto egli avrebbe asseritamente percepito secondo il contratto di formazione di cui si prevale.

Da ultimo, è utile osservare che, seppur non determinanti, le direttive salariali per il personale extrafamiliare impiegato nell'agricoltura edite da Agriticino-Unione Contadini Ticinesi indicano per i gestori di aziende, ossia la massima classe (8) di stipendio con oltre cinque anni di esperienza, un salario lordo mensile che poteva arrivare fino a fr. 6'275 nel 2018, fr. 6'345 nel 2019, 2020 e 2021 e fr. 6'385 per il 2022 (dati reperibili sul sito www.agriticino.ch, consultato il 26 settembre 2022), ossia inferiore di ben fr. 3'000 a quanto avrebbe asseritamente percepito al termine del periodo di formazione il ricorrente, circostanza che sminuisce ulteriormente la credibilità delle asserzioni di quest'ultimo.

Nel caso in esame il ricorrente non ha contestato il reddito da invalido determinato dall'Ufficio AI su base statistica. Come si vedrà in appresso, vi è un correttivo da apportare ai calcoli dell'amministrazione, senza tuttavia ripercussioni sull'esito del presente giudizio.

Siccome al momento determinante (cfr. supra consid. 2.8.2.) l'insorgente non aveva intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, è a ragione che l'Ufficio AI ha determinato il reddito da invalido su base statistica, utilizzando la citata tabella TA1 (stato 2018) dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica. Tenuto conto dei dati della tabella statistica relativa ad attività semplici e ripetitive, valore mediano, settore privato, genere maschile, l'amministrazione ha correttamente rilevato un salario di riferimento il salario statistico ammonta a fr. 67'766,67. Tuttavia, l'Ufficio AI ha operato una riduzione percentuale da tale cifra del 10% (8% per attività leggere e 2% per imprecisati svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), ottenendo un reddito da invalido di fr. 60'990.

Questa Corte ritiene ingiustificata la riduzione percentuale operata al reddito da invalido.

Va qui segnalato che con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, la Corte federale ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (consid. 5.4.). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6. (cfr. anche STCA 32.2021.67 del 7 marzo 2022 consid. 2.7.5.).

Conformemente alla surriferita giurisprudenza, in concreto un'eventuale riduzione percentuale dal reddito da invalido sarebbe dovuta essere del 10% (invece che dell'8%) per attività leggere e dello 0%, rispettivamente 5% (invece che del 2%) per imprecisati svantaggi salariali. A proposito di quest'ultima riduzione, si rileva che nonostante avesse constatato l'assenza di motivi per una riduzione percentuale dovuta a fattori quali età e anni di servizio, limitazione delle funzionalità e tasso d'occupazione (leggasi: lavoro a tempo parziale), il consulente in integrazione ha concluso che ■Visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 8% per attività leggere e del/lo 2% per altri fattori di riduzione.■ (docc. 173 e 174 incarto AI, sottolineatura del redattore), senza addurre alcun motivo a supporto di tale conclusione. Il TCA non può

aderire a tale conclusione.

Inoltre, la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure Bernasconi, ■8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75■, in SZS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.10).

Conseguentemente, in concreto non solo la riduzione percentuale non è stata effettuata conformemente alla surriferita giurisprudenza ma essa risulta altresì ingiustificata. A titolo abbondanziale si rileva che neppure un'ipotetica riduzione percentuale del 15% muterebbe l'esito del presente giudizio, come si esporrà di seguito.

Pertanto, per l'intervallo dal 22 dicembre 2018 al 17 ottobre 2019 il reddito da invalido è difr. 67'766,67.

Conseguentemente, procedendo al confronto del reddito da valido (fr. 43'800, cfr. supra consid. 2.7.2.) con quello da invalido (fr. 67'766,67) ex art. 16 LPGa, non vi è discapito economico, ragione per cui il grado d'invalidità è nullo.

Tale circostanza non muta neppure se ■ per mera ipotesi di lavoro ■ si operasse una riduzione percentuale del 15% (10% per attività leggere e 5% per altri fattori di riduzione) dal reddito da invalido; ciò comporterebbe un reddito da invalido di fr. 57'601,67, senza discapito economico e con grado d'invalidità nullo.

Per il periodo dal 18 ottobre 2019 in avanti l'Ufficio AI ha determinato il reddito da invalido di fr. 36'915.15 (fr. 68'361.39 a cui va applicata una riduzione del 40% a seguito della valutazione medico-teorica ed un'ulteriore riduzione percentuale per gli stessi motivi indicati nel calcolo precedente).

Questa Corte, per i motivi già illustrati sopra, non condivide la riduzione percentuale operata dall'amministrazione, ragione per cui il reddito da invalido per il periodo in parola ammonta a fr. 41'016.83, ossia al 60% di fr. 68'361.39.

Dal confronto dei redditi si desume un discapito economico di fr. 2'783,17 ed un grado d'invalidità non pensionabile del 6,35%.

Analogamente a quanto esposto sopra, se ■ per ipotesi di lavoro ■ si operasse una riduzione percentuale del 15% al reddito da invalido, esso ammonterebbe a fr. 34'864,31.

Dal confronto dei redditi si otterrebbe un discapito economico di fr. 8'935,69 ed un grado d'invalidità non pensionabile del 20,4%.

Per quanto attiene al contratto di lavoro del 26 aprile 2021 che stabilisce una retribuzione di fr. 28'350 annui ((fr. 45/h x 210 ore mensili x 12 mesi) : 100 x 25), esso non può configurare il reddito da invalido. Infatti, come indicato sopra, per determinare il reddito da invalido va considerato il reddito che l'assicurato può conseguire mettendo a miglior frutto la propria capacità lavorativa residua. In concreto, il salario statistico conseguibile dal ricorrente è superiore a quanto da lui effettivamente percepito, ragione per cui il salario statistico costituisce in concreto il reddito da invalido.

Pertanto, anche le censure del ricorrente afferenti alla valutazione economica risultano inconferenti.

Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.