

TI_GERICHTE 32.2022.71 vom 14. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.71

FR: TI_GERICHTE 32.2022.71 du 14 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.71 del 14 settembre 2022

Erwägungen

E. 46

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V

30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.4. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.5. Nel caso concreto, tenuto conto della documentazione medica presente agli atti, in particolare del referto 19 novembre 2021 del dr. med. _____ (doc. 30), con rapporto 13 gennaio

2022 il medico SMR ha posto quale diagnosi: “lesioni della cuffia rotatoria delle due spalle, artroscopia spalla sinistra 11.9.2019 con limitazione e proposta di impianto Regeneten e artroscopia spalla destra 10.3.2021 con buon recupero funzionale”. Il medico SMR ha elencato le seguenti limitazioni funzionali: carico massimo di 5 kg, nessuna alternanza della postura al bisogno, inclusa difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari. Egli ha poi riassunto le seguenti incapacità lavorative in tutte le attività: 100% dal 13 luglio 2019, 70% dal 31 ottobre 2019, 90% dall’8 aprile 2020, 50% dal 20 maggio 2020, 30% dal 1° dicembre 2020, 80% dal 18 dicembre 2020, 90% dal 10 marzo 2021, 70% dal 6 maggio 2021 e 80% dal 24 settembre 2021. In attività adeguate, il medico SMR ha considerato l’assicurato abile al 100% dal 19 novembre 2021. Va qui fatto presente che il miglioramento è stato fatto risalire al momento del rapporto 19 novembre 2021 in cui il dr. med. _____, attestate le incapacità lavorative nell’abituale attività, ha sostenuto che “trovo poco probabile una ripresa dell’attività di montatore tende sole soprattutto per lo stato della spalla sinistra” (inc. AI pag. 171). Lo specialista ha tuttavia ritenuto che l’assicurato può svolgere attività di “ufficio e manuale con gesti e spostamenti di peso al di sotto dell’altezza delle spalle” e che non vi si sono limitazioni per lo svolgimento di attività adeguata (inc. AI pagg. 172 e 173). In sede di osservazioni al progetto di decisione, l’assicurato ha prodotto i seguenti certificati: · del 29 ottobre 2021 del dr. med. _____ attestante un’inabilità al lavoro dell’80% dal 23 settembre 2021 al 25.01.2022 (inc. AI pag. 254); · del 25 ottobre 2021 e del 31 maggio 2022 della dr.ssa med. _____ attestanti, oltre un’inabilità dell’80%, un’abilità del 20% per mansioni d’ufficio (inc. AI pagg. 255 e 256). A tal riguardo pertinentemente con rapporto 7 luglio 2022 il dr. med. _____ del SMR ha evidenziato: " Le limitazioni medico- teoriche riportate nel RAF restano tuttora per noi vincolanti non essendoci motivi validi per modificarli. I certificati presentati ora dal rappresentante legale sono già noti. Si ricorda a tale proposito il rapporto dettagliato del dr. _____ ortopedico curante del 23.11.21 nel quale si esprimeva sul potenziale reintegrativo con assenza di limitazioni in attività adeguate al pt. 4.2. Si ricorda da ultimo che il paziente è attivo al 20% in attività ergonomicamente adeguate (ufficio - organizzazione) nella sua ditta non potendo esserlo maggiormente nella sua attività di indipendente per motivi organizzativi (come citato nel rapporto SIP del 4.5.22 alla pagina 2)." Quindi, correttamente il SMR ha ritenuto come l’assicurato possa svolgere pienamente un’attività adeguata rispettosa delle suddette limitazioni funzionali. Va poi fatto presente che quanto attestato dai curanti concerne l’inabilità lavorativa nell’abituale attività, mentre l’abilità del 20% nelle mansioni d’ufficio si riferisce alla percentuale svolta all’interno della ditta, percentuale, questa, – come si evince dal rapporto 4 maggio 2022 del SIP (inc. AI pag. 234) – non ampliabile per motivi organizzativi. Con il presente ricorso l’assicurato contesta la succitata valutazione, in particolare per quel che concerne il miglioramento della capacità lavorativa in attività adeguate. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l’invalidità, all’amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie,

valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/ Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, 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). Inoltre, 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'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico 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-assicurati-ve, 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. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurato è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI, non ha motivo per mettere in dubbio i rapporti del medico SMR, il quale ha considerato tutta la documentazione presente nel dossier. L'insorgente non ha del resto prodotto atti medici che permettono di discostarsi dalle conclusioni a cui il citato sanitario è giunto. A tale proposito, va fatto riferimento ai

rapporti 13 dicembre 2022 e 7 luglio 2022 del SMR ai quali va prestata adesione (consid. 2.5). Anche il rapporto 11 ottobre 2022 del dr. med. _____ prodotto dall'assicurato in sede di ricorso (doc. C), esaminato dal SMR il 18 ottobre 2022 (IV/1), non aggiunge alcun nuovo elemento medico che non sia stato già esaminato. In particolare, nel suddetto rapporto lo specialista ha rilevato: " Ricordo brevemente che il paziente è stato da noi operato nel novembre 2019 alla spalla sinistra per intervento di riparazione parziale di una rottura massiva di grosse dimensioni coinvolgente i tendini del sovraspinoso, sottospinoso e sottoscapolare. Successivamente nel marzo 2021 è stato sottoposto ad intervento alla spalla destra di riparazione, sempre di una grossa rottura, a carico dei tendini del sovraspinoso, sottospinoso e sottoscapolare. Durante l'ultima consultazione eseguita nel mese di giugno potevo constatare un buon recupero funzionario per quanto riguarda la spalla destra con mobilità e motilità libere sino a fondo corsa e non dolenti e discreto recupero della forza sempre proporzionato al tipo di intervento eseguito. La spalla sinistra invece, pur presentando una mobilità e motilità complete, evidenziava ancora un importante deficit di forza soprattutto a carico del sovraspinoso e sottospinoso. Considerando il tempo intercorso dall'intervento eseguito e il tipo di procedura effettuata, la situazione riscontrata non è più migliorabile con il proseguimento di fisioterapia né cure di altro tipo. Questo è il motivo per cui il paziente non può essere considerato abile per l'attività precedentemente svolta in quanto, come montatore di tende, prevede gesti ripetitivi e sotto sforzo over head. La lesione tendinea trattata, massiva, non permette una ripresa di attività lavorativa manuale, ripetitiva e pesante come quella svolta dal paziente e, in particolare, ci troviamo davanti alla impossibilità nel sollevare pesi con la spalla sinistra ed a un elevato rischio di recidiva di rottura a carico della spalla destra." (doc. C) A tal riguardo, il medico del SMR ha rettamente fatto presente come nel succitato rapporto "... si ripassa la cronistoria delle patologie presenti alle due spalle indicando la non esigibilità in un'attività inergonomica come quella usualmente effettuata dal paziente". Il dr. med. _____ ha infatti descritto le attività che l'assicurato, causa lesione tendinea trattata, non può più svolgere (ossia attività di tipo manuale, ripetitiva e pesante, con impossibilità di sollevare pesi con la spalla sinistra). Ciò non esclude, come pertinentemente evidenziato dal SMR, " una esigibilità totale in mansioni sotto l'orizzontale e leggere ergonomicamente e quindi solo d'ufficio – gestione del personale – contatti con clientela...". L'assicurato rimprovera all'amministrazione di non aver proceduto ad una valutazione clinica. Nelle citate annotazioni 18 ottobre 2022 il SMR ha giustamente evidenziato che "solo in caso di controversia nella valutazione oppure di documentazione lacunosa si procede usualmente a valutazione funzionale in sede o con esame peritale se necessario". Circostanze che, come visto, in casu non sono date. Inoltre, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento una perizia pluridisciplinare richiesta dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c

con riferimenti). Di conseguenza, tenuto conto delle affidabili e convincenti conclusioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.6), è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 139 V 218 consid. 5.3), che l'assicurato è totalmente abile in attività adeguate dal 19 novembre 2021. 2.8 Occorre ora esaminare la graduazione dell'invalidità eseguita dall'Ufficio AI dopo il 19 novembre 2021, ritenuto che nel 2020 e nel 2021 l'assicurato è stato incontestatamente ritenuto invalido rispettivamente al 55% ed al 51% (cfr. inchiesta economica del 17 marzo 2022 in doc. 40), con diritto alla mezza rendita dal 1° luglio 2020. 2.8.1. In merito alla determinazione del reddito da valido il nuovo art. 26 OAI prevede che per determinare il reddito da valido la retribuzione effettivamente percepita prima dell'insorgenza dell'invalidità sia prioritaria e che, in caso di notevoli variazioni negli ultimi anni precedenti all'invalidità, va calcolata come media (cpv. 1). Se il reddito (medio) effettivamente percepito è inferiore di almeno il 5% del valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'art 25 cpv. 3 OAI, il reddito da valido corrisponde al 95% di questo valore centrale (cpv. 2, cosiddetta parallelizzazione), tranne nel caso in cui anche il reddito con invalidità ex art. 26bis cpv. 1 OAI è inferiore di almeno il 5% al valore centrale usuale del settore secondo la RSS o se il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente (cpv. 3: esclusione della parallelizzazione). Con tale soluzione il legislatore ha voluto creare un automatismo a favore degli assicurati, non ponendosi più la domanda a sapere quali fattori hanno comportato un reddito inferiore alla media e/o se l'assicurato si fosse accontentato di un tale, modesto, reddito (cfr. Rapporto esplicativo (successivo alla procedura di consultazione) edito dall'UFAS del 3 novembre 2021 sulle Disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI), pag.

E. 49

con rinvio giurisprudenziale; per la giurisprudenza ormai superata cfr. pro multis DTF 148 V 174 consid. 6.4.). Se il reddito effettivamente conseguito non può essere determinato (in misura sufficientemente precisa), il reddito da valido è determinato su base statistica ex art. 25 cpv. 3 OAI relativi alle persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe (cpv. 4). Se l'invalidità insorge dopo che l'assicurato ha previsto o iniziato una formazione professionale, il reddito da valido corrisponde al reddito statistico ex art. 25 cpv. 3 OAI che egli avrebbe potuto conseguire se avesse concluso la formazione (cpv. 5). Qualora l'assicurato non può iniziare o concludere alcuna formazione professionale a causa dell'invalidità, il reddito senza invalidità è determinato secondo i valori statistici di cui all'art. 25 cpv. 3 OAI ma senza differenziare in base al sesso (cpv. 6). Nella decisione contestata riguardo al reddito da valido, rettamente l'Ufficio AI l'ha fissato a fr. 97'643, pari alla media degli due ultimi due anni precedenti il subentrare il danno alla salute, ossia gli anni 2017 e 2018, dato poi aggiornato al 2020 (cfr. inchiesta economica del 17 marzo 2022 in doc. 40, inc. AI pagg. 227 e 228). Tale importo non è stato del resto contestato dall'assicurato. 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, il nuovo art. 26bis cpv. 1 OAI prevede che se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue una retribuzione lavorativa, quest'ultima rappresenta il reddito da invalido, a patto che essa gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità lavorativa residua in relazione ad un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile (cpv. 1). In mancanza di una retribuzione lavorativa o se la retribuzione lavorativa non può essergli computata quale reddito da invalido, quest'ultimo si determina su base statistica ex art. 25 cpv. 3 OAI. Possono essere impiegati altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Vanno utilizzati valori

indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso. Tuttavia per gli assicurati di cui all'art. 26 cpv. 6 OAI (ossia gli assicurati invalidi dalla nascita o precoci, cfr. il surriferito Rapporto esplicativo dell'UFAS, pag. 53) non si differenzia in base al sesso (cpv. 2). L'art. 25 cpv. 3 OAI prevede che se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale ex art. 49 cpv. 1bis OAI (ossia la capacità lavorativa in attività precedente o adeguata ai limiti funzionali accertati in sede medica) pari o inferiore al 50% rispetto al valore determinato su base statistica, si applica una deduzione del 10% per attività lucrativa a tempo parziale (cpv. 3). Va qui ricordato che nella citata DTF 148 V 174 il TF ha stabilito che “attualmente non si presenta alcun motivo oggettivo serio per un cambiamento di giurisprudenza secondo cui per l'accertamento del reddito da invalido sulla base dei dati statistici occorre fondarsi di principio sui valori centrali o mediani delle RSS (consid. 9.2.3 e 9.2.4). Un cambiamento di giurisprudenza non è nemmeno opportuno alla luce della revisione della LAI e dell'OAI entrata in vigore il 1° gennaio 2022 (consid. 9.3)”. Nel caso concreto, sempre dalla decisione impugnata si evince che l'Ufficio AI ha correttamente utilizzato le citate tabelle dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (Tabella TA1_Skill level, categoria 1, uomini), giungendo ad un importo di fr. 68'959,50 (inc. AI pag. 239). L'assicurato ritiene “decisamente irrealistico” il reinserimento in attività adeguate, con il conseguimento di un simile salario, essendo privo di idonea formazione e tenuto conto del mercato del lavoro nonché della recessione economica dovuta alla pandemia. Come rettamente indicato in sede di risposta di causa, l'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGa. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Inoltre, il Tribunale federale ha già più volte stabilito che da una persona assicurata che fino a quel momento ha svolto un'attività indipendente può essere preteso un cambiamento professionale verso un'attività lucrativa dipendente (cfr. STF 9C_36/2018 del 17 maggio 2018, pubblicata in SVR 10/2018 IV nr. 61; 9C_810/2017 del 9 aprile 2018; 9C_525/2017 del 30 ottobre 2017 pubblicata in SVR 3/2018 IV nr 16). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati.

Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Nel caso concreto, per quel che concerne l'aspetto reintegrativo va fatto riferimento al colloquio del 13 aprile 2022 dell'assicurato con la consulente in integrazione professionale. Dal relativo verbale del 4 maggio 2022 si evince in particolare che, dopo aver preso atto della rinuncia dell'assicurato riguardo ai provvedimenti professionali proposti ed alla possibilità di poter beneficiare di una formazione breve, la consulente ha pertinentemente concluso che "... in base ai limiti funzionali espressi in sede medica, possiamo ritenere l'Assicurato in grado di svolgere attività adatte di tipo leggero, come ad esempio attività legate alla vendita, e attività amministrativa generali" (inc. AI pag. 234). Non va infatti dimenticato che, come risulta dal citato verbale, dal 1998 l'assicurato è socio e direttore della _____ e che tra le sue mansioni vi sono quella della "gestione clienti, comande, contatti con fornitori ...", quindi attività di vendita, nonché amministrative. Il consulente ha comunque fatto presente che "in base all'evolversi della situazione di salute e professionale dell'Assicurato restiamo a disposizione per un aiuto al collocamento" (inc. AI pag. 234). Va poi rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4 [denominato ora livello di competenze 1]) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata – esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. In queste circostanze, dunque, l'assicurato è da ritenere reintegrabile, con il conseguimento di un salario statistico come stabilito dall'amministrazione. 2.8.3. Dal raffronto dei redditi risulta un grado d'invalidità dell'29% che non conferisce, dal 1° marzo 2021, il diritto ad una rendita. Ne consegue che la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso è da respingere. 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.

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