

## **TI\_GERICHTE 32.2023.57 vom 26. April 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-04-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.57)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.57 du 26 avril 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.57 del 26 aprile 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 26**

settembre 2022 (doc. 67) – ribadendo di avere subito un peggioramento delle problematiche che interessano le ginocchia, con conseguenze sulla deambulazione e anche sulla schiena e, in definitiva, anche sulla capacità di lavoro e di guadagno, limitata ad una reale capacità reddituale di fr. 21'500 annui (doc. 67) – l'Ufficio AI, con decisione del 26 aprile 2023, ha confermato il rifiuto delle prestazioni (doc. A). 1.3. Con tempestivo ricorso del 26 maggio 2023 l'assicurato ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione per nuova valutazione. Sostanzialmente l'insorgente ha contestato il calcolo economico eseguito dall'amministrazione, ritenendo non corretto il reddito da invalido di fr. 53'718.60. L'assicurato ha, infatti, rilevato come tale importo, frutto della media dei redditi statistici relativi all'attività amministrativa, da un canto, e ai servizi di supporto e riparazione di autoveicoli, dall'altra, non corrisponda alle sue reali possibilità, non potendo egli più svolgere “in nessun caso e in nessuna maniera i lavori di riparazione”. Per tali ragioni, limitando il proprio operato alla consulenza e/o forma di supporto, il reddito da invalido annuo corretto è quello di fr. 21'500 (doc. I). 1.4. Con la risposta di causa l'Ufficio AI ha chiesto la reiezione del ricorso, con argomenti di cui si dirà, per quanto di interesse, nei considerandi in diritto (doc. IV). 1.5. In data 30 giugno 2023 l'insorgente ha ribadito le proprie obiezioni riguardo alla quantificazione del reddito da invalido. Egli ha sottolineato come l'importo calcolato dall'amministrazione sia puramente teorico e irrealistico, in quanto non corrispondente al mercato del lavoro ticinese. L'interessato ha nuovamente evidenziato come nel corso degli ultimi anni egli non sia mai riuscito a conseguire un reddito annuo superiore a fr. 21'500 “e ciò in ragione del fatto che non è più in grado di assolvere ai compiti professionali abituali, se non quelli legati a mere consulenze”, peraltro “più volte interrotte durante la giornata lavorativa, causa l'insorgere di dolori e dell'impossibilità di stare in piedi e/o di fare sforzi fisici”. L'insorgente ha infine aggiunto che non appare esigibile neppure un ipotetico cambiamento professionale, alla luce della sua età (essendo egli ormai sessantenne) (doc. VI). 1.6. Con osservazioni del 13 luglio 2023 l'Ufficio AI ha ribadito la correttezza della propria decisione, della quale postula l'integrale conferma (doc. VIII). Tali considerazioni sono state trasmesse all'assicurato (doc. IX), per conoscenza. considerato in diritto 2.1. Oggetto del contendere è sapere se a ragione, o meno, l'Ufficio AI abbia negato all'assicurato il diritto ad una rendita di invalidità, alla luce di un grado di invalidità non pensionabile. 2.2. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata “Ulteriore sviluppo dell'AI” e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). 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: " Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022." 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. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1. gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, al momento della presentazione della domanda l'assicurato non beneficiava di una rendita AI (cfr. supra consid. 1.2.). La seconda domanda di prestazioni è stata presentata il 30 novembre 2021, facendo valere un peggioramento delle condizioni di salute "ormai conclamato da almeno due anni" (cfr. doc. 47). Trattandosi di una domanda tardiva ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, il diritto alle prestazioni sarebbe nato, al più presto, sei mesi dopo, ossia al 1. maggio 2022 (per il calcolo vedasi ad esempio la STCA 32.2022.70 del 6 marzo 2023 consid. 2.1. in fine). Visto quanto precede, in casu torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022.

2.3. 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, nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2021, prescriveva 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%. L'art. 28b LAI (Determinazione dell'importo della rendita), in vigore dal 1° gennaio 2022, prescrive che l'importo della rendita è determinato quale quota percentuale di una rendita intera (cpv. 1). Il cpv. 2 dispone che se il grado d'invalidità è compreso tra il 50 e il 69 per cento, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità. Il cpv. 3 prevede che se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70 per cento, l'assicurato ha diritto a una rendita intera. Infine, il cpv. 5 stabilisce che se il grado d'invalidità è inferiore al 50 per cento, si applicano le quote percentuali ivi indicate. 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 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 pag. 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). Il nuovo art. 28a cpv. 1 LAI (Valutazione del grado d'invalidità), in vigore dal 1. gennaio 2022, stabilisce che per valutare il grado d'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA e che il Consiglio federale definisce i redditi lavorativi determinanti per la valutazione del grado d'invalidità e i fattori di correzione applicabili. In merito al confronto dei redditi, il nuovo art. 25 OAI, anch'esso in vigore dal 1. gennaio 2022, stabilisce tra l'altro che "i redditi lavorativi determinanti secondo l'articolo 16 LPGA vanno stabiliti su una base temporale identica e tenendo conto del mercato del lavoro in Svizzera" (cpv. 2) e 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. 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” (cpv. 3), dovendosi inoltre adeguare i valori statistici “in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell’evoluzione dei salari nominali” (cpv. 4). 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. 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 conclusione 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). 2.5. Il TCA è chiamato a stabilire se, alla luce della documentazione medica trasmessa dall'assicurato al momento della seconda domanda di prestazioni del 30 novembre 2021 per dimostrare l'intervenuto peggioramento dello stato di salute (a livello delle ginocchia) rispetto alla precedente decisione di rifiuto delle prestazioni del 24 gennaio 2019, cresciuta in giudicato, l'Ufficio AI abbia correttamente oppure no, dopo avere preso atto delle conclusioni del SMR, emanato una nuova decisione di rifiuto delle prestazioni. Nella fattispecie in esame l'Ufficio AI, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato, ha sottoposto al vaglio del medico SMR il rapporto del medico curante (dr.ssa \_\_\_\_\_). Al riguardo, nelle annotazioni del 25 agosto 2022, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, fondandosi su quanto attestato nel rapporto dell'11 marzo 2022 dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, medico generico FMH – la quale ha valutato la capacità lavorativa residua dell'assicurato in 4 ore al giorno nella sua professione abituale, ma di 8 ore al giorno “solo ufficio” (cfr. allegato al doc. 61) - ha stabilito che: " la condizione funzionale dell'assicurato è rimasta invariata rispetto al RAF del marzo 2018. Come certificato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ sono ancora attuali le IL 50% in attività abituale (4 ore); 0% in attività adeguata (8 ore per lavori leggeri, svolti da seduto)." (Doc. 63) Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dal medico SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni. L'assicurato stesso, del resto, non ha contestato la valutazione medica della propria capacità lavorativa effettuata dal medico del SMR (in accordo con quanto attestato dalla curante) attraverso la presentazione di certificazioni suscettibili di metterne in dubbio le conclusioni , motivo per il quale non occorre dilungarsi oltre

sull'argomento. Alla luce del pieno valore probante valutazione del SMR, non contraddetta da successive valutazioni specialistiche in grado di sollevare dubbi al riguardo, il TCA ritiene che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato - così come da egli richiesto in sede ricorsuale - non appaia necessaria. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). In simili condizioni, l'assicurato continua a presentare, dal profilo medico, come già in precedenza, una capacità lavorativa del 50% nella sua abituale professione, ma una totale capacità lavorativa in attività adeguate. 2.6. L'insorgente ha criticato la valutazione economica operata dall'Ufficio AI, ritenendo - incontestata l'entità del reddito da valido - non corretta la quantificazione del reddito da invalido, pari a fr. 53'718.60 (cfr. doc. I). Egli ha, infatti, censurato il fatto che l'amministrazione abbia determinato siffatto reddito tenendo conto di quanto egli potrebbe teoricamente guadagnare nello svolgimento, al 100%, di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, anziché rifarsi a quanto egli è ancora concretamente in grado di conseguire nell'esercizio, al 50%, della sua abituale attività di consulenza, escludendo i lavori di riparazione, ormai preclusigli per ragioni mediche. A suo modo di vedere, quindi, l'Ufficio AI avrebbe dovuto tenere conto, quale reddito da invalido, del suo guadagno effettivo, frutto della sola attività di consulenza e servizi di supporto, per un importo massimo di fr. 21'500 (cfr. doc. I). L'amministrazione, dal canto suo, ha già indicato in sede di decisione - e ribadito con la risposta di causa - la correttezza del proprio agire, ricordando quanto segue: " In merito alla contestazione del reddito da invalido pari a CHF 53'718.60, ovvero il reddito che potrebbe essere conseguibile nonostante il danno alla salute, facciamo presente che questo è valutato tenendo appunto conto delle limitazioni mediche (piena capacità lavorativa in attività adeguate). Ci appoggiamo alla marginale 3405 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI) che cita: "in virtù dell'obbligo di ridurre il danno si può esigere dai lavoratori indipendenti l'esercizio di un'attività lavorativa dipendente, se da quest'ultima si può attendere una migliore valorizzazione della capacità lavorativa residua e se, tenuto conto di tutti i fattori soggettivi e oggettivi, il cambio dell'attività professionale risulta ragionevolmente esigibile (9C\_357/2014). Ciò vale anche se la persona assicurata è ancora in grado di conseguire un certo guadagno nell'azienda in cui svolge attualmente la sua attività indipendente (8C\_460/2011)". La sua richiesta di voler considerare quale reddito senza invalidità la cifra di CHF 21'500 non può essere accolta in quanto il minor discapito economico è raggiunto in attività adeguate. A tal proposito facciamo riferimento alla marginale 3408 CIRAI: "il reddito che la persona assicurata continua effettivamente a conseguire è considerato quale reddito con invalidità determinante se questo guadagno le permette di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua." (Doc. A) 2.7. Chiamato a pronunciarsi, il TCA

concorda con le considerazioni dell'amministrazione. Le obiezioni sollevate dall'assicurato non appaiono, infatti, condivisibili. Questo Tribunale ricorda innanzitutto che per la definizione del reddito da invalido la giurisprudenza ha in sostanza stabilito che fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta della persona interessata, a condizione che quest'ultima utilizzi 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 (cfr. DTF 135 V 297 consid. 5.2). Il momento determinante per sapere se una persona può mettere a profitto la sua capacità di lavoro residua è quello in cui l'esigibilità di un'attività è constatata dal punto di vista medico ( DTF 143 V 431 consid. 4.5.1) (cfr., fra le tante, STF 9C\_407/2020 del 3 agosto 2021). Nel caso in esame, è pacifico che nell'esercizio della propria attività indipendente, esigibile per ragioni mediche solo al 50%, l'assicurato non sfrutti al meglio la propria capacità lavorativa residua, che è del 100% in attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali. Dal raffronto dei redditi, risulta, difatti, che è nell'esercizio di attività adatte che l'assicurato presenta il minor discapito economico (del 21%). Al riguardo, questa Corte evidenzia che già al momento della precedente domanda di prestazioni del 2017 - sfociata nella decisione di rifiuto delle prestazioni del 24 gennaio 2019 cresciuta incontestata in giudicato - l'Ufficio AI aveva effettuato un'inchiesta per l'attività professionale indipendente (cfr. doc. 39). In quell'occasione, con rapporto del 18 settembre 2018, l'amministrazione aveva stabilito, in applicazione del metodo straordinario, l'esistenza di una diminuzione del reddito nella misura del 40% nell'esercizio dell'attività indipendente, medicalmente esigibile solo al 50% (segnalando altresì come, oltre ai problemi di salute, il mercato del lavoro nell'attività di riparazione e sostituzione vetri fosse "calato molto negli ultimi anni sia perché la gente sostituisce i vetri in Italia dove costa meno sia perché le strade dice sono più pulite e ci sono meno sassolini che possono andare a rompere i vetri. Infine perché le assicurazioni si sono dotate di accordi con diverse ditte per le quali hanno sottoscritto delle convenzioni, quindi i clienti vengono obbligati a recarsi da tali ditte"). Il servizio di inchiesta aveva rilevato a proposito di tale risultato come "tuttavia riconosciamo come l'assicurato abbia delle limitazioni in tale ambito di attività, mentre a livello medico l'assicurato viene ritenuto abile nella misura massima possibile in una attività adeguata. Riteniamo corretto valutare quindi l'assicurato per il tramite del metodo del raffronto dei redditi in attività adeguata" (cfr. doc. 39). Sulla base di tali considerazioni, il consulente in integrazione incaricato, con rapporto del 29 novembre 2018, aveva quindi proceduto all'analisi della reintegrabilità e delle attività esigibili adeguate, concludendo che: " tenuto conto che l'attività abituale non risulta produttiva dal profilo economico e che l'A. esercita in modo autonomo, un cambio di attività risulta esigibile. Dal lato medico, un'attività prevalentemente sedentaria risulta esigibile in misura completa. Tenuto conto dell'esperienza e delle competenze maturate dall'A. potrebbe svolgere un'attività di tipo amministrativo, ricezione e consulenza al cliente oltre ad altre attività rispettose delle limitazioni presenti sul mercato del lavoro. Si ritiene però che per un'attività con presenza al 100%, considerate le limitazioni presenti (in particolare della necessità di interrompere l'attività lavorativa per riposarsi) sia corretto applicare una riduzione massima del rendimento del 20%. Il reddito in attività di tipo amministrativo viene stabilito in riferimento ai rilevamenti statistici (RSS) della divisione economica di riferimento (77, 79-82) di livello 2, uomo per il 2014 determina un reddito annuo di fr. 65'411.-. Aggiornando tale reddito al 2017 si ha un reddito pari a fr. 66'359. Applicando un'ulteriore riduzione del 20% si ottiene un reddito annuo pari a fr. 53'087. La stessa deduzione va applicata considerando altre attività semplici e adeguate delle RSS." (Doc. 43) Sulla scorta

di tali elementi, con decisione del 24 gennaio 2019 l'Ufficio AI aveva quindi rifiutato all'assicurato il diritto alle prestazioni, alla luce di un insufficiente grado di invalidità del 21%, risultante dal raffronto tra il reddito da valido di fr. 68'312.50 e quello da invalido di fr. 53'718.60 (cfr. doc. 44). Le critiche dell'insorgente, volte tutte a dimostrare come l'unico dato corretto per determinare l'entità del reddito da invalido sia il guadagno effettivo da egli ancora conseguito nella propria attività indipendente, a tempo ridotto, di consulenza, non possono essere seguite. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno che incombe agli assicurati (cfr. DTF 130 V 97 c. 3.2 p. 99; 129 V 460 c. 4.2 p. 463, ciascuno con riferimenti; sentenza 9C\_117/2020 del 3 giugno 2020 c. 5.4), l'insorgente non può pretendere che venga fatto riferimento a quanto concretamente guadagnato nella propria professione, nella quale, tuttavia, egli non mette pienamente a frutto la propria capacità lavorativa e lucrativa residua (cfr. anche STF 9C\_672/2019 del 12 agosto 2020, pubblicata in SVR 23/2021 IV nr 10, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che la persona deve lasciarsi imputare quell'attività che consente di ridurre il più possibile il grado di invalidità). Alla luce della maggiore (e totale) capacità lavorativa esigibile in attività adatte, e tenuto conto delle esperienze e competenze maturate dall'assicurato che gli consentirebbero "l'esercizio di attività di tipo amministrativo, ricezione e consulenza al cliente oltre ad altre attività rispettose delle limitazioni presenti sul mercato del lavoro" (cfr. rapporto CIP del 29 novembre 2018, doc. 43), appare esigibile un cambiamento di attività a favore di un'attività adeguata maggiormente remunerativa (cfr. STF 9C\_578/2009 del 29 dicembre 2009 consid. 4.2.4; 9C\_236/2009 del 7 ottobre 2009 consid. 4.3). Ciò tenuto anche conto della dimensione della sua ditta (lavoro in proprio, da solo, cfr. doc. 39), che non consente una riorganizzazione del lavoro (permettendogli di occuparsi esclusivamente della consulenza, ad esclusione dei lavori di riparazione) in maniera tale da compensare le ripercussioni economiche derivanti dal danno alla salute (cfr. al riguardo STF 9C\_36/2018 del 17 maggio 2018, consid. 4.2.). Inoltre, per sua stessa ammissione, anche nell'adempimento della sola parte di professione legata alle mere consulenze egli non risulta privo di inconvenienti, dovendo interromperle "più volte durante la giornata lavorativa, causa l'insorgere di dolori e dell'impossibilità di stare in piedi e/o di fare sforzi fisici", cfr. doc. VI). Egli non può quindi pretendere di continuare a svolgere, a tempo parziale e non mettendo a frutto pienamente la capacità lavorativa residua, la propria attività indipendente a carico dell'assicurazione invalidità (cfr. STF 9C\_644/2015 del 3 maggio 2016 consid. 4.3.1; 8C\_413/2015 del 3 novembre 2015 consid. 3.3.1; 9C\_357/2014 del 7 aprile 2015, consid. 2.3.1; 9C\_624/2013 dell'11 dicembre 2013 consid. 3.1.1; 9C\_834/2011 del 2 aprile 2012 consid. 4 e riferimenti). L'insorgente non può essere seguito nemmeno nella misura in cui ha obiettato, con la duplice, che il reddito da invalido determinato facendo capo al reddito statistico, anziché utilizzare quello concretamente realizzato, sia errato in quanto rappresenta un dato puramente teorico "che non trova riscontro nei fatti e neppure nel mercato del lavoro ticinese", aggiungendo inoltre che "pur volendo considerare anche un cambiamento teorico di ordine professionale, in questa sede giova sottolineare come ciò sia da ritenersi irrealistico, giusta l'età dello scrivente, ormai sessantenne" (doc. VI). Al riguardo, occorre innanzitutto ricordare che, contrariamente a quanto pare sostenere il ricorrente, per determinare il reddito da invalido non ci si riferisce al mercato del lavoro concreto, bensì al mercato del lavoro equilibrato. Quest'ultimo è un concetto astratto e teorico che non considera la situazione concreta del mercato del lavoro, i posti disponibili durante congiunture sfavorevoli o le ridotte possibilità per l'individuo leso nel suo stato valetudinario di trovare un posto di lavoro esigibile ed appropriato (cfr. pro multis DTF 147 V 124 consid. 6.2. e 148 V 174 consid.

9.1.; cfr. supra consid. 2.4.). Per quel che concerne l'esigibilità in attività adeguate va fatto riferimento al rapporto del 29 novembre 2018 del consulente IP, dove sono state valutate le professioni che l'assicurato potrebbe svolgere nel rispetto dei propri limiti funzionali (doc. 43). Dal rapporto risulta che l'assicurato, in possesso di un AFC come metalcostruttore, ha intrapreso un'attività nell'ambito della sostituzione dei vetri d'auto, occupando mansioni di vice-direttore presso una ditta per lungo tempo (1988-2006), divenendo in seguito consulente indipendente nello stesso ramo presso la \_\_\_\_\_ quale amministratore unico e dipendente presso \_\_\_\_\_ (con attività di import-export, commercializzazione e installazione di veicoli e prodotti legati al settore automobilistico). Tenuto conto delle esperienze e competenze maturate dall'assicurato, il consulente ha ritenuto esigibile "l'esercizio di attività di tipo amministrativo, ricezione e consulenza al cliente oltre ad altre attività rispettose delle limitazioni presenti sul mercato del lavoro" (cfr. doc. 43). Questo TCA non ha motivo di non aderire a quanto riportato sopra. Secondo giurisprudenza, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili sul mercato del lavoro equilibrato. Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3). Quanto alle obiezioni avanzate dall'insorgente a proposito della propria età, il TCA rileva che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF STF 9C\_46/2019 del 27 giugno 2019 consid. 5; 9C\_536/2015 del 21 marzo 2016 consid. 4.2 con riferimenti ; 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid 5.2; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2). Riguardo all'esigibilità, da parte di un assicurato di età avanzata, di reinserirsi professionalmente su un mercato equilibrato del lavoro, con la STF 9C\_847/2015 del 30 dicembre 2015, la nostra Massima Istanza si è occupata di un ricorrente, nato nel 1949 ed attivo all'80% nel servizio tecnico di macchine per uffici, che nel 2013 ha ottenuto un quarto di rendita. Adito su ricorso, il Tribunale cantonale ha effettuato una reformatio in pejus annullando la decisione amministrativa e rifiutando le prestazioni. L'assicurato ha interposto ricorso chiedendo una rendita intera di invalidità. Dopo avere esposto i principi stabiliti dalla citata DTF 138 V 457 sulla reintegrabilità degli assicurati in età avanzata (cfr. consid. 4.1.1), il Tribunale federale ha evidenziato al considerando 4.1.2 di avere ritenuto reintegrabili un assicurato di 62 anni e 9 mesi (STF 8C\_345/2013 del 10 settembre 2013 consid. 4.3.3) e un altro di 61 anni (STF 8C\_330/2015 del 19 agosto 2015 consid. 3.2), tenendo conto che i loro limiti funzionali non pregiudicavano la possibilità di trovare un impiego. Per contro, l'Alta Corte ha negato a un 64enne la capacità residua di reintegrarsi nel mondo del lavoro a causa dei suoi limiti funzionali (STF 9C\_979/2009 del 10 febbraio 2010 consid. 4 e 5). Anche un'assicurata di 64 anni appena compiuti avente una capacità lavorativa residua del 50% a causa di diverse limitazioni è stata ritenuta non reintegrabile (STF I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4c e 4d), così come un'altra persona assicurata di 64 anni e 10 mesi avente una capacità lavorativa del 50% prima del raggiungimento dell'età pensionabile (STF 9C\_153/2011 del 22 marzo 2012 consid. 3.3). A un assicurato avente il medesimo anno di età, 8 mesi prima del pensionamento, che non lavorava da 9 anni e che

da più di 5 anni riceveva una rendita parziale ed era abile al lavoro in ragione del 50%, il Tribunale federale non ha riconosciuto la reintegrabilità della capacità lavorativa residua (STF 9C\_145/2011 del 30 maggio 2011 consid. 3.4). Ai sensi della DTF 138 V 457 il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) di un assicurato in età avanzata viene esaminata corrisponde a quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico. Il marg. 3050.3 CIGI (Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità) stabilisce segnatamente che per valutare la questione della valorizzazione della capacità lavorativa residua per un assicurato di età avanzata, è decisivo il momento in cui è stata stabilita l'esigibilità medica dello svolgimento di un'attività lucrativa (a tempo parziale). Si tratta del momento in cui gli incarti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato (DTF 138 V 457). Nel caso di specie, il TCA rileva come la capacità lavorativa residua in attività adatte – e di conseguenza, il reddito da invalido di riferimento - sia rimasta inalterata fin dal 2017, allorquando l'assicurato (nato nel 1963) aveva a disposizione ancora molti anni di attività prima dell'età pensionabile. Inoltre, tenuto conto delle esigenze relativamente elevate poste dalla giurisprudenza riguardo all'impossibilità di mettere a frutto la capacità lavorativa residua per le persone di una certa età (cfr. STF 9C\_46/2019 del 27 giugno 2019 consid. 5; 9C\_536/2015 del 21 marzo 2016 consid. 4.2 con riferimenti), il TCA reputa esigibile un cambiamento di attività. L'Alta Corte ha del resto deciso in questo senso in numerose occasioni. In particolare in una sentenza I 831/05 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha ritenuto che un assicurato 61enne, considerato ancora abile nella misura del 50% nella sua e in altre attività leggere adeguate, fosse realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato. In un'altra sentenza I 293/05 del 17 luglio 2006 l'Alta Corte ha ritenuto ancora ragionevolmente esigibile pretendere che un'assicurata, 59enne al momento in cui ha recuperato una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, riprendesse un'attività lavorativa rispettosa dei suoi limiti funzionali, evidenziando che ella aveva ancora a disposizione quasi 5 anni di attività prima di poter beneficiare di una rendita di vecchiaia. In un'altra sentenza 8C\_449/2016 del 2 novembre 2016, l'Alta Corte è giunta alla medesima conclusione nel caso di un assicurato di 60 anni, con una capacità lavorativa residua del 75% in attività adatte. Ancora, in una sentenza 8C\_892/2017 del 23 agosto 2018, al consid. 5, il TF ha confermato l'esigibilità lavorativa del ricorrente che al momento determinante aveva 62 anni ed era abile all'80% in attività adeguate alla luce della restrittiva prassi vigente in materia. In una sentenza 8C\_117/2018 del

### **E. 31**

agosto 2018 al consid. 3 il TF ha confermato l'esigibilità lavorativa del ricorrente che al momento determinante aveva 62 anni ed era abile all'80% in attività adeguate alla luce della restrittiva prassi vigente in materia. Analoga la soluzione alla quale è giunto il TF nella STF 9C\_786/2020 del 1 settembre 2021, concernente il caso di un assicurato di 61 anni. Per un approfondimento della tematica dell'età quale fattore da tenere in considerazione nella determinazione della reintegrabilità, si rinvia alle STCA 32.2023.2 del 30 marzo 2023; 32.2022.27 del 29 agosto 2022; 32.2018.213 del 23 settembre 2019; 32.2018.106 del 13 dicembre 2018 e 32.2015.114 del 27 giugno 2016 con molteplici rinvii giurisprudenziali. Pertanto, tenuto conto delle conoscenze dell'assicurato e delle sue limitazioni fisiche, non tali da precludere integralmente la reintegrazione professionale, vista anche la restrittiva giurisprudenza surriferita, non si può escludere, secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 129 V 56 consid. 2.4; DTF 138 V 218

consid. 6.), che l'assicurato sia in grado di svolgere le attività leggere, semplici e ripetitive, che il consulente ha indicato, in particolare le attività di controllo e/o sorveglianza. 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). Non essendo intervenuto, come visto (cfr. consid. 2.5.), alcun peggioramento dello stato valetudinario con ripercussioni sulla capacità lavorativa residua rispetto a quanto già stabilito nella precedente decisione di rifiuto delle prestazioni del 24 gennaio 2019, cresciuta in giudicato - con il mantenimento di una incapacità lavorativa del 50% nell'attività abituale e di una capacità lavorativa del 100% in attività confacenti allo stato di salute fin dal 24 aprile 2017 (cfr. rapporto finale SMR del 14 marzo 2018, doc. 29, confermato con annotazione SMR del 25 agosto 2022, doc. 63) - il TCA ritiene tuttora corretto il calcolo del reddito da invalido effettuato dall'Ufficio AI, basandosi sui dati statistici relativi allo svolgimento di attività adatte, così come già calcolato nella precedente decisione. Il risultato, del resto, non cambierebbe nemmeno qualora si volesse procedere all'attualizzazione dei redditi da valido e da invalido al momento della decisione impugnata (cfr. consid. 2.3. in fine), visto il grado di invalidità (21%) ben al di sotto della percentuale minima (40%) necessaria per aver diritto ad una rendita di invalidità. 2.8. Visto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va integralmente respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi 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.