

TI_GERICHTE 32.2025.30 vom 4. Juni 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-06-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.30

FR: TI_GERICHTE 32.2025.30 du 4 juin 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2025.30 del 4 giugno 2025

Regeste

Assicurato con diritto a rendita limitata nel tempo. Conferma della perizia pluridisciplinare e dei redditi per la determinazione dei gradi d'invalidità con successiva soppressione del diritto alla rendita

Erwägungen

E. 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%. Secondo l'art. 28b LAI, l'importo della rendita è determinato quale percentuale di una rendita intera. Se il grado d'invalidità è compreso tra il 50 e il 69 per cento, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità. Se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70 per cento, l'assicurato ha diritto a una rendita intera. Se il grado d'invalidità è inferiore al 50 per cento, si applicano quote percentuali variabili (tra il 47.5% e il 25%) a seconda del grado d'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., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.5. Trattandosi nel caso in esame di un'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, 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 in merito all'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. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione né di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64).

2.6. Nella fattispecie concreta, come visto al consid. 1.2, l'Ufficio AI ha conferito mandato al _____ di allestire una perizia multidisciplinare in ambito reumatologico e psichiatrico. Dal rapporto datato 20 giugno 2024 (doc. 120) risulta che i periti, oltre ad aver proceduto ad una valutazione internistica, hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne di natura reumatologica (dr. ssa med. _____) e psichiatrica (dr. med. _____). Dopo aver esposto la consueta anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), i disturbi soggettivi e le affezioni attuali e dopo aver proceduto alla descrizione della giornata e continuato con le constatazioni obiettive, i periti, fondandosi su un'esauriente discussione, hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 4.3.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa Disturbo dell'adattamento con ansia (ICD 10 F 43 22). Stato dopo frattura e lussazione del gomito sin. (18.2.2019), stato dopo osteosintesi con vite (21.2.2019) con sviluppo di pseudo artrosi ed algodistrofia, asportazione del capitello radiale gomito sin. (14.11.2019), intervento di impianto di protesi al capitello radiale sin. con osteotomia di raccorciamento dell'ulna e stabilizzazione con placca Medeco e riparazione artroscopia di fibro-cartilagine triangolare del polso sin per ulna plus secondaria (5.5.2020), intervento di asportazione placca Medeco a livello ulnare (5.8.2021),

intervento di rimozione della protesi della testa radiale e plastica d'interposizione dell'ancone con due fili trans-ossei nell'area del capitulum al gomito sin (18.5.2022). Deficit residuo rotatorio al polso sin. con sublussazione della testa dell'ulna in artrosi distale radio-ulnare sin. in stato dopo variante plus dell'ulna secondaria nell'ambito della diagnosi 1." Sono state inoltre poste le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: " (...) 4.3.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Disturbo d'ansia generalizzato (ICD-10 F41 1) Moderato. Aereofobia (ICD-10 F40.2) Tendinopatia della cuffia dei rotatori spalla sin. (MRI 18.3.2022), con rottura parziale del sopraspinato con lesione SLAP tipo II il 18.2.2019. Modiche alterazioni degenerative del rachide lombare (MRI 15.11.2022). Esiti di frattura del processo uncinato e trapezio conservativamente." In merito alle ripercussioni funzionali dovute alle surriferite affezioni, i periti del _____ hanno rilevato: " (...) Dal lato reumatologico l'A presenta le risorse fisiche seguenti: egli può spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, raramente pesi oltre 10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre 20 kg fino all'altezza dei fianchi: l'A può spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, raramente pesi oltrepassanti 5 kg sopra l'altezza del petto. L'A può spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi molto leggeri e leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è ridotta a sin, la rotazione è possibile talvolta. L'A. può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, spesso effettuare la rotazione del tronco, può spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, spesso effettuare la flessione delle ginocchia, spesso assumere la posizione accovacciata. L'A. può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, spesso la posizione in piedi di lunga durata, può molto spesso camminare fino a 50 metri. spesso oltre 50 metri, spesso camminare per lunghi tragitti, talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, talvolta salire su scale a pioli. Dal lato psichiatrico l'A. non presenta delle limitazioni nell'attività abituale." I periti hanno ritenuto che " le incapacità lavorative in ambito reumatologico e psichiatrico non vanno sommate ma integrate completamente in quanto tutte considerano la necessità di maggiori pause al bisogno e maggiore lentezza nello svolgimento dei compiti "(punto no. 4.6 della perizia a pag. 74; pag. 458 del dossier AI). Globalmente essi hanno concluso per una totale inabilità lavorativa dal 18 febbraio 2019 nell'abituale attività lucrativa di autista di mezzi pesanti (pag. 75 della perizia; pag. 459 del dossier AI). Tuttavia – ciò che è rilevante per la presente vertenza – i periti, dopo aver dettagliatamente esposto la tipologia di attività ritenute ancora esigibili, hanno valutato un'abilità lavorativa del 100% a partire dal 18 novembre 2022 (pagg.459 – 461). La perizia bisciplinare è stata avallata e fatta propria da parte del SMR con rapporto 1° luglio 2024 (doc. 121). Con complemento 24 ottobre 2020 i periti del _____, esaminata la lettera 30 settembre 2024 del medico curante e la documentazione allegata, hanno osservato: "abbiamo esaminato la documentazione inoltrata e abbiamo appurato che la stessa è stata già analizzata e riportata nell'ambito della valutazione peritale del 20.6.2024, quindi essa non può apportare modifiche alle conclusioni peritali, le quali vengono confermate in toto" (pag. 606). Il succitato complemento peritale è stato approvato dal SMR con annotazioni del 5 novembre 2024 (pag. 607). Il ricorrente contesta la valutazione medico-teorica del _____, sostenendo un'inabilità del 50% in attività adeguate. 2.7. Per costante giurisprudenza (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). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/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). 2.8. Nella fattispecie in esame questo Giudice, chiamato a verificare se lo stato di salute

dell'assicurato è stato accuratamente vagliato dal _____, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia bidisciplinare del 20 giugno 2024 (doc. 120) – confermata dal complemento peritale del 24 ottobre 2024 (pag. 606) –, poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti. È bene rilevare che la documentazione medica prodotta con le osservazioni del 30 settembre 2024 dal medico curante e riproposta con il presente ricorso è stata già riportata e valutata dal _____ (cfr. punto no. 2.1. della perizia). In particolare, nell'elenco atti il _____ ha riassunto come segue il rapporto 9 settembre 2023 del medico curante: " In sua cura da ottobre 2021 a tutt'oggi. Ultimo controllo 28.3.2023. Lo vede ogni 6-8 settimane. Incapacità totale dal 18.5.2022 al 31 .2.2023; 50% dall' 1 .8.2022 solo per lavori leggeri (autista per macchina privata, ecc.). È incapace al lavoro in attività pesanti. È stato seguito anche dalla Clinica _____ e dal Dr. med _____. Dice che l'A è in grado di lavorare al 50% come autista per macchine leggere, più del 50% non è fattibile per sovraccarico del gomito e della colonna lombare che provoca dolori. In cura con Pregabalin e Ibuprofene. Riporta gli interventi e riferisce che vi è una sindrome lombare con stato dopo infiltrazioni, un'artrosi radio-ulnare, ecc. (nota del perito SAM: testo olografo di cattiva lettura). Dice che può svolgere un'attività leggera al 50%." (pag. 430) Ora, se da un lato il dr. med. _____ sostiene come il suo paziente sia abile solo al 50% in lavori leggeri quale autista di macchina privata, dall'altro la perita reumatologa, procedendo dapprima ad una esaustiva valutazione (pagg. 455/6), ha compiutamente valutato la residua capacità lavorativa in attività adeguate descrivendo dettagliatamente le limitazioni e le funzioni ancora esigibili (cfr. consid. 2.5). Inoltre, il dr. med. _____ non ha posto nuove diagnosi rispetto a quelle indicate dai periti. Nemmeno nel successivo scritto 30 settembre 2024 (già noto e valutato dal SAM), prodotto col ricorso, il medico curante ha rilevato fatti non noti all'amministrazione, limitandosi a richiamare i suoi precedenti rapporti di settembre 2023 e di marzo 2022 (doc. A). Da ultimo, con scritto 14 aprile 2025 all'Ufficio AI il medico curante, ribadendo un'inabilità lavorativa del 50%, ha sostenuto un peggioramento della sintomatologia al polso ed al gomito sinistro, vale a dire una progressione dell'artrosi con sospetto di osteoncondroma secondario allegando due artroscopie al gomito ed al polso sinistri (VIII/2). A prescindere che entrambe le artroscopie sono successive alla decisione contestata [si rammenta che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii)], correttamente nelle osservazioni 15 aprile 2025 l'Ufficio AI ha ritenuto tale documentazione non idonea a modificare la valutazione della capacità lavorativa definita in ambito peritale. Infatti, dai relativi referti non risultano nuove diagnosi e nuove limitazioni funzionali. Del resto, nel cennato scritto 14 aprile 2025 il medico curante ha fatto presente che il suo paziente sarà sottoposto ad una rivalutazione presso la _____ (dr. med. _____) e che trasmetterà, una volta in suo possesso, tale rivalutazione, ciò che non è tuttavia avvenuto. Al riguardo va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid.

6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia bidisciplinare _____ del 20 giugno 2024, alla quale va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.7), ritenuto che non è stato reso verosimile un peggioramento delle condizioni di salute, richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer ■ Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurato è abile al 100% in attività adeguate dal 18 novembre 2022.

2.9. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico valide al 18 novembre 2022.

2.9.1 Per quanto concerne il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute (reddito da valido), l'art. 26 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che il reddito senza invalidità (art. 16 LPGa) è determinato sulla base dell'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Se il reddito lavorativo conseguito negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità era soggetto a forti variazioni, ci si basa su un reddito medio adeguato (cpv. 1). Per il cpv. 2 se il reddito lavorativo effettivamente conseguito è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'art. 25 cpv. 3, il reddito senza invalidità corrisponde al 95 per cento di questo valore centrale. Secondo l'art. 26 cpv. 3 OAI, il cpv. 2 non è applicabile, se: a. anche il reddito con invalidità secondo l'art. 26bis cpv. 1 è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'art. 25 cpv. 3; b. il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente. L'art. 26 cpv. 4 OAI prevede che se il reddito lavorativo effettivamente conseguito non può essere determinato o non può esserlo in misura sufficientemente precisa, il reddito senza invalidità è fissato sulla base dei valori statistici di cui all'art. 25 cpv. 3 OAI relativi alle persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe. Nel caso concreto, l'Ufficio AI ha correttamente preso in considerazione un salario di fr. 58'650 che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza il danno alla salute indicato dall'ex datore di lavoro nello scritto 6 agosto 2024 (doc. 126). Siccome tale reddito risulta inferiore di almeno il 5% del valore centrale delle statistiche di riferimento, in applicazione dell'art. 26 cpv. 2 OAI, il reddito senza invalidità è stato fissato a fr. 60'059,15 (cfr. tabella di calcolo a pag. 537).

2.9.2. Circa il reddito che l'interessato avrebbe potuto conseguire con il danno alla salute (reddito da invalido), l'art. 26bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (art. 16 LPGa), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile (cpv. 1). Per l'art. 26bis cpv. 2 OAI se non vi è alcun reddito lavorativo computabile, il reddito con invalidità è determinato in base ai valori statistici di cui all'art. 25 cpv. 3. In deroga all'art. 25 cpv. 3, per gli assicurati di cui all'art. 26 cpv. 6 vanno impiegati valori indipendenti dal sesso. Secondo l'art. 26bis cpv. 3 OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2023, se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto

con una capacità funzionale secondo l'art. 49 cpv. 1bis pari o inferiore al 50 per cento, al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del dieci per cento per attività lucrativa a tempo parziale. L'art. 26bis cpv. 3 OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2024 prevede che al valore determinato in base a valori statistici secondo il cpv. 2 è applicata una deduzione del 10 per cento. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'art. 49 cpv. 1bis pari o inferiore al 50 per cento, è applicata una deduzione del 20 per cento. Non sono ammesse ulteriori deduzioni (in merito alla problematica riguardo tale capoverso cfr. STCA 32.2024.74 del 3 aprile 2025) Nella fattispecie concreta, con rapporto 28 agosto 2024 il Servizio d'integrazione professionale ha dapprima ritenuto che l'assicurato, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno ai sensi dell'art. 7 LAI, possa accedere a tempo pieno ad attività semplici e ripetitive adeguate ai limiti funzionali nel settore industriale e commerciale elencando diversi profili professionali (doc. 127). In seguito, per la determinazione del reddito da invalido correttamente l'amministrazione si è fondata sui dati statistici nazionali, utilizzando la tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica riferita al settore privato svizzero (cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174; sulla rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. anche RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.). Ha pertanto preso in considerazione, in applicazione dei salari statistici applicabili (tabella 2022), un importo di fr. 66'265,75 pari al salario statistico conseguibile da personale maschile in un'attività semplice e ripetitiva, valore mediano nel settore privato svizzero. Infine, in applicazione dell'art. 26bis cpv.3 OAI, entrato in vigore al 1° gennaio 2024, l'amministrazione ha quantificato il reddito da valido in fr. 59'639,20 (cfr. tabella di calcolo a pag. 537). 2.9.3. Dal raffronto del reddito da valido con quello da invalido risulta un grado d'invalidità nullo, rispettivamente dell'1% con il reddito da invalido in vigore dal 1° gennaio 2024. Di conseguenza, non presentando l'assicurato un grado d'invalidità pensionabile, il diritto alla rendita è limitato al 28 febbraio 2023 (tre mesi dopo il miglioramento ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 OAI). In queste circostanze, visto quanto sopra, le decisioni contestate sono corrette. Ne consegue che il ricorso va respinto. 2.10. 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.