

TI_GERICHTE 32.2008.8 vom 13. Dezember 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-12-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.8

FR: TI_GERICHTE 32.2008.8 du 13 décembre 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2008.8 del 13 dicembre 2007

Regeste

UAI ha a giusta ragione attribuito all'assicurato una rendita intera per un certo periodo, poi ridotta ad 1/4, essendo egli totalmente inabile nella sua precedente professione, ma abile al lavoro al 60% in attività adatte e risultando, dal raffronto dei redditi, un grado AI del 46%

Erwägungen

E. 2.1

En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

E. 2.2

Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

E. 2.3

in fine). Dal raffronto tra il reddito da valido, aggiornato al 2007, di fr. 59'717.65 – ossia fr. 58'080.25 +1.2% per il 2006 e +1.6% per il 2007, cfr. tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali, dei prezzi al consumo e dei salari reali, 1990-2007, pubblicati sul sito dell'Ufficio federale di statistica - e da invalido di fr. 32'522.08 – ossia fr. 59'197.32 (2006) aggiornati al 2007, per un importo di fr. 60'226.07 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 9-2008, p. 99), cui apportare una riduzione del 40% per motivi medici e del 10% per altri motivi - emerge infatti un grado di invalidità del 45.54%, arrotondato al 46% . Tale risultato dà comunque diritto ad un quarto di rendita di invalidità. L'UAI ha pertanto agito correttamente, procedendo alla riduzione delle prestazioni, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 – a partire dal 1° marzo 2005. Nella misura in cui l'UAI ha attribuito una rendita intera limitatamente al periodo fra il 1° aprile 2003 e il 28 febbraio 2005 e un quarto di rendita di invalidità dal 1° marzo 2005 , la decisione del 13 dicembre 2007 deve quindi essere confermata. L'UAI è quindi invitato a valutare, in sede di revisione - così come del resto già comunicato con scritto del 17 febbraio 2009 (cfr. doc. XIV/bis) - il possibile peggioramento dello stato di salute dell'interessato intervenuto in un periodo successivo alla decisione impugnata. 2.17. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- sono poste a carico dell'assicurato ricorrente.

E. 2.4

Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. _____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis

E. 2.5

Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der

In- und Ausländer zusammensetzen.

E. 2.6

Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa).

E. 2.7

Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievon), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw.

E. 2.8

Nella decisione del 13 dicembre 2007, l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo dal 1° aprile 2003 al 28 febbraio 2005, riducendola poi ad un quarto a partire dal 1° marzo 2005, ritenuto che i medici del SAM hanno considerato l'assicurato inabile al lavoro al 100% nella sua precedente attività di ausiliario di cure presso una casa per anziani, ma ancora abile al lavoro al 60% in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.4., 2.5. e 2.6., se l'UAI ha correttamente o meno ridotto ad un quarto la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° marzo 2005. 2.9. Per chiarire la situazione dal profilo medico, l'UAI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), quella neurologica (dr. _____) e quella psichiatrica (dr. _____). L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale nel suo referto del 12 marzo 2007 ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "■ sindrome somatoforme da dolore persistente DD: amplificazione dei sintomi; ■ sindrome algica cronica alla spalla e a tutto l'arto superiore destro su rottura completa del sovraspinato e ricostruzione il 5 maggio 2004; normale reperto post-operatorio alla artro-IRM del 6 maggio 2005; gonfiore diffuso dell'arto superiore destro distale da risparmio; ■ sindrome algica cronica alla spalla e a tutto l'arto superiore sinistro su rottura del sovraspinato dopo trauma il 7 aprile 2002, ricostruzione e acromioplastica il 2 luglio 2002, rirottura del sovra- e infraspinato, seconda ricostruzione e nuova acromioplastica il 23 aprile 2003; stato dopo lesione del nervo ascellare con paresi del deltoide (ENG del 25 novembre 2002); ■ sindrome cervicospondilogenica cronica con modiche alterazioni degenerative; ■ sindrome lombospondilogenica cronica; ■ sindrome femoropatelare al ginocchio sinistro; ■ probabile

DISH (iperostosi scheletrale idiopatica diffusa)” (doc. VIII/1.3 pag. 4+5). Lo specialista ha ritenuto, in accordo con le valutazioni del Prof. _____, spec. FMH in ortopedia e del dr. _____, spec. FMH in ortopedia, che il quadro clinico dell’interessato sia dominato da segni comportamentali, con una discrepanza molto importante tra le sue lamentele soggettive e le sue limitazioni funzionali soggettive e i reperti oggettivi a livello clinico e strumentale. Il dr. _____ ha concluso che, a suo avviso, il disagio del paziente sia in larga misura espressione di una problematica psicosomatica, mentre i problemi somatici siano in secondo piano. Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato che la precedente attività di assistente di cura in casa anziani non sia più esigibile, mentre ha ritenuto l’assicurato ancora abile a tempo pieno, con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 40%, in un’attività leggera, che eviti ampi movimenti eccessivamente ripetitivi con gli arti superiori e movimenti con le spalle sopra l’orizzontale (doc. VIII/1.3 pag. 6+7). L’aspetto neurologico è invece stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo rapporto peritale del 2 marzo 2007, ha posto le diagnosi di “sindrome dolorosa diffusa in stato dopo interventi per rottura delle cuffie dei rotatori, post-traumatica a sinistra; esoforia dell’occhio destro ambliope, dopo trauma perforante” (doc. VIII/1.1). Lo specialista ha rilevato come sia difficile, nel contesto dei disturbi funzionali, oggettivare e confermare la presenza di un disturbo realmente organico, osservando che probabilmente il problema del paziente sia piuttosto di competenza reumatologica, ortopedica e probabilmente psichiatrica. Il dr. _____ ha quindi concluso che, dal punto di vista strettamente neurologico, non vi siano motivi validi per giustificare un’incapacità lavorativa (doc. VIII/1.1 pag. 4). Infine, l’aspetto psichico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 6 marzo 2007, ha indicato che l’assicurato presenta una serie di sintomi e disturbi come ansia, angoscia, varie preoccupazioni, umore depressivo e disturbi del sonno, senza tuttavia avere potuto riscontrare una vera e propria patologia psichiatrica. Il dr. _____ ha quindi considerato l’interessato, dal profilo psichiatrico, pienamente abile al lavoro (doc. VIII/1.2 pag. 3). Lo specialista ha osservato che l’assicurato non assume al momento alcun farmaco in modo regolare, ma a causa dei suoi dolori e disturbi utilizza, al bisogno, degli analgesici. Secondo il dr. _____, nel caso di persistenza dei sintomi e dei disagi psichici, sarebbe auspicabile l’introduzione di una farmacologia antidepressiva ansiolitica (tramite l’assunzione di Efexor, Edronax o Saroten), “che potrebbe migliorare anche la sua patologia dolorosa, aumentando la sua autostima e sicurezza per riprendere un’attività lavorativa adeguata, che potrebbe migliorare ulteriormente la sua situazione globale” (doc. VIII/1.2 pag. 3). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 30 marzo 2007, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ ■ sindrome algica cronica alle spalle bilateralmente a tutto l’arto superiore bilateralmente con/su pregressa rottura completa del sovraspinato a destra e pregressa ricostruzione il 5 maggio 2004; gonfiore diffuso a destra in sede distale da risparmio; pregressa rottura del sovraspinato a sinistra dopo trauma (7 aprile 2002); pregressa ricostruzione acromioplastica sinistra (2 luglio 2002); pregressa rirottura del sovra- e dell’infraspinato a sinistra; pregressa seconda ricostruzione e nuova acromioplastica (23 aprile 2003) a sinistra; ■ sindrome cervicospondilogenica e lombospondilogenica cronica con/su modiche alterazioni degenerative a livello cervicale” , mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “ ■ sindrome femoropattellare al ginocchio sinistro; probabile iperostosi scheletrale

idiopatica diffusa (DISH); dislipidemia; esoforia all'occhio di destra, ambliope ” (doc. VIII/1 pag. 12+13). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività di assistente di cura in una casa per anziani (doc. VIII/1 pag. 15), ma abile al lavoro al 60% (da intendersi come presenza durante tutto il giorno, ma con un rendimento ridotto) in un'attività leggera adeguata ai suoi limiti funzionali. I medici del SAM hanno infatti ritenuto esigibile un'attività leggera, che eviti ampi movimenti eccessivamente ripetitivi con gli arti superiori e movimenti con le spalle al di sopra dell'orizzontale; il sollevamento ed il trasporto di carichi leggeri è lievemente ridotto, di carichi medi è molto ridotto, di carichi pesanti è esiguo ed è nullo per carichi molto pesanti; la capacità funzionale per lavori sopra il piano delle spalle con pesi inferiori a

E. 2.11

Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM il 30 marzo 2007, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato infatti sottoposto, in data 28 febbraio 2007, ad un esame psichiatrico, grazie al consulto specialistico del dr. _____, dal quale è emerso che egli non presenta delle patologie psichiatriche invalidanti, motivo per il quale deve essere considerato pienamente abile al lavoro (cfr. doc. VIII/1.2 pag. 3). Queste conclusioni specialistiche, che del resto non sono state contestate attraverso dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie psichiatriche con influsso sulla capacità lavorativa residua, possono essere fatte proprie dal TCA. Va qui 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). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato pure sottoposto ad un accurato esame reumatologico, grazie al consulto specialistico del dr. _____, dal quale è emerso che egli è inabile al lavoro al 100% nella sua precedente attività di ausiliario di cure presso una casa per anziani, ma è da ritenere abile al lavoro al 60% in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. VIII/1.3 pag. 6+7). Il dr. _____ ha inoltre evidenziato che vi è una discrepanza molto importante tra le lamentele e le limitazioni funzionali soggettive dell'interessato e i reperti oggettivi a livello clinico e strumentale (doc. VIII/1.3 pag. 5). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Infine, per quanto concerne la patologia neurologica, nel suo consulto peritale del 28 febbraio 2007, il dr. _____, poste le diagnosi di

“sindrome dolorosa diffusa in stato dopo interventi per rottura delle cuffie dei rotatori, post-traumatica a sinistra; esoforia dell’occhio destro ambliope, dopo trauma perforante”, ha considerato l’assicurato pienamente abile al lavoro, non trovando, dal profilo strettamente neurologico, “una motivazione evidente per un’incapacità lavorativa” (doc. VIII/1.1 pag. 4). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da queste conclusioni del perito neurologo, che non sono del resto state smentite - per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata (13 dicembre 2007), che delimita il potere cognitivo del giudice - da altri certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Per quanto concerne invece il periodo successivo alla decisione impugnata, va rilevato che in un referto del 3 febbraio 2009 inviato all’UAI, il dr. _____ dell’ _____ di _____ ha attestato un aggravamento delle condizioni dell’assicurato (doc. XVI/2). Al riguardo, va qui ricordato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 13 dicembre 2007 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il possibile peggioramento dello stato di salute dell’interessato è successivo alla decisione impugnata: il dr. _____, infatti, nel suo scritto del 3 febbraio 2009 inviato al dr. _____, ha indicato che l’assicurato “ da alcune settimane presenta fortissimi dolori a livello cervicale con irradiazione cervicobrachialgie sia a sinistra che a destra”, chiedendo quindi al neurochirurgo di convocare al più presto l’interessato (doc. XVI/3, il corsivo è della redattrice). Il possibile peggioramento dello stato di salute dell’interessato, in un periodo successivo alla decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, non può quindi essere preso in considerazione nel caso di specie e dovrà essere oggetto di valutazione da parte dell’AI in sede di revisione, come del resto comunicato dall’amministrazione con scritto del 17 febbraio 2009 (in cui ha indicato che l’UAI “valuterà l’entrata in materia della richiesta di aggravamento dello stato di salute dell’assicurato non appena sarà conclusa la procedura di ricorso contro la decisione del 13 dicembre 2007” , cfr. doc. XIV/bis). In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.10.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che, a partire dal mese di novembre 2004, l’assicurato presenta un grado di incapacità lavorativa del 100% nella sua precedente professione di ausiliario di cure presso una casa per anziani, ma sia da considerare abile al lavoro a tempo pieno, ma con una riduzione del rendimento del 40%, in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, di natura reumatologica. 2.12. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa

stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2005 (visto che è in quell'anno che è avvenuta la riduzione della rendita, a seguito della capacità lavorativa del 60% dell'assicurato a partire dal novembre 2004). L'amministrazione ha eseguito il raffronto dei redditi con riferimento all'anno 2004, motivo per il quale i redditi da valido e da invalido vanno aggiornati al 2005. 2.13. Per quel che concerne il reddito da valido, il cui importo non è del resto stato contestato in sede di ricorso, l'UAI ha quantificato il reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire da sano nel 2004 in fr. 57'505.20.- (cfr. doc. 53-2), conformemente a quanto indicato dal precedente datore di lavoro, _____ (doc. 50-1 e 51-1). Adeguando tale importo al 2005, si ottiene un reddito da valido di fr. 58'080.25 (+1% per il 2005, cfr. tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali, dei prezzi al consumo e dei salari reali, 1990-2007, pubblicati sul sito dell'Ufficio federale di statistica). 2.14. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg. In questa sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. 2.14.1. Partendo dalla constatazione che l'applicazione di dati salariali statistici validi per tutta la Svizzera - quali quelli utilizzati dal TFA si rivela essere discriminante per gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, ritenuto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale, in una sentenza del 4 settembre 2000 nella causa R., pubblicata in RDAT I-2001, p. 250ss. e in SVR 2001 IV n. 35 - in seguito costantemente confermata ed applicata in tutti i settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie) - sentito preliminarmente il parere dell'allora direttore dell'Ufficio federale di statistica, dottor _____, ha così precisato la propria giurisprudenza: " In data 26 luglio 2000 il Presidente del TCA ha inviato al dottor _____, direttore dell'Ufficio federale di statistica, uno scritto del seguente tenore: "(...) Il Tribunale federale delle assicurazioni in una recente, chiara giurisprudenza prescrive di fondarsi, in molti casi, sulle vostre inchieste allorché dobbiamo determinare il reddito da invalido ancora conseguibile da lavoratori non qualificati con problemi di salute,

che sono abili al lavoro soltanto in attività leggere adeguate. Al riguardo vengono in particolare utilizzati i salari fissati nella tabella TA1 (ad esempio CHF 4294.-- nel 1996, cfr. "L'enquête suisse sur la structure des salaires 1996" pag. 17, e per la giurisprudenza, Pratique VSI 2000 pag. 85). Al fine di applicare la giurisprudenza federale, in modo corretto, nel Cantone Ticino (considerato che l'altro termine di paragone per fissare il grado di invalidità è sostanzialmente il salario conseguito nel nostro Cantone dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute), mi occorre sapere: - possiamo utilizzare il valore statistico medio (ad es. CHF 4294.-- nel 1996) così come è anche per il Cantone Ticino? Per quale motivo? - In caso di risposta negativa: Perché no? Quale coefficiente di riduzione occorre applicare, al salario citato, per adattarlo alla situazione del nostro Cantone? (...)" (cfr. doc. V bis) Il dottor _____ ha così risposto in data 14 agosto 2000: "(...) Benché il campione dell'indagine svizzera sulla struttura dei salari sia definito per poter disporre di risultati rappresentativi a livello nazionale, è possibile ottenere anche una serie d'indicatori salariali per singole entità regionali, beninteso nel rispetto dei criteri di validità e di qualità statistiche ed evidentemente ad un livello di aggregazione superiore. I valori dell'indagine sulla struttura dei salari del 1996 che Lei cita nella sua lettera possono dunque essere utilizzati legittimamente, dal punto di vista statistico, per il Cantone Ticino. In allegato Le invio tre tabelle relative ai salari mediani per l'anno 1998 (ultimi risultati disponibili), ripartiti in base al sesso e al livello di qualificazione richiesto dal posto occupato. I valori specifici per il Cantone Ticino sono i seguenti: - Nel 1998 (settore pubblico e settore privato), il salario lordo mediano per un uomo esercitante attività semplici e ripetitive (livello 4) era di 3'813.-- franchi al mese (cfr. tabella TA13). - È ancora possibile precisare che il 50% dei lavoratori dipendenti di questa stessa categoria guadagnava fra 3060 e 4704 franchi. Considerando unicamente il settore privato, il salario mediano (sempre per la stessa categoria di lavoratore dipendente) era di 3'611 franchi (cfr. TA 14). A titolo di confronto Le invio anche la tabella TA1 relativa ai salari mediani della Svizzera (settore privato), ripartiti stavolta per settore economico (...)" (cfr. doc. V bis) Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale ha quindi deciso che nell'applicazione dei dati statistici occorre utilizzare la tabella che riflette i salari versati nella nostra regione, sulla base della seguente argomentazione: " Se si ignorasse questo aspetto, sostenendo per ipotesi che siccome la LAINF è una legge federale occorre riferirsi ad un unico dato salariale statistico valido per tutto il paese (ad esempio CHF 4628.-- nel 1998 per un uomo, cfr. TA1; DTF 124 V 323; Pratique VSI 2000 pag. 85), si finirebbe per utilizzare dati salariali irrealistici ed in definitiva giungere ad un risultato che non garantisce l'uguaglianza di trattamento (cfr. DTF 126 V 36; DTF 126 V 48; STFA del 22 maggio 2000 nella causa I. (I 312/99); DTF 126 I 76)." Su questi argomenti, cfr. D. Cattaneo, La promozione dell'autonomia ..., in RDAT II-2003, p. 618-621 e in L'autonomia del disabile nel diritto svizzero, Ed. Istituto delle assicurazioni sociali e Helbing & Lichtenhahn, Bellinzona 2004, p. 124-128; D. Cattaneo, "La contribution du Tribunal des assurance du Canton du Tessin à la jurisprudence suisse en matière de sécurité sociale", in CGRSS n° 33-2004, p. 19 seg. (28-33); D. Cattaneo, "Sentenze recenti del Tribunale cantonale delle assicurazioni", in Temi scelti di diritto delle assicurazioni sociali, Ed. CFPG, Helbing & Lichtenhahn, Basilea-Ginevra-Monaco 2006, p. 135ss. (163-171). Nell'ambito di una procedura ricorsuale dinanzi al TFA, conclusasi con uno stralcio dai ruoli in seguito al ritiro del ricorso (cfr. STFA U 56/03 del 7 giugno 2006), la Presidente

della Corte federale, giudice Leuzinger, il 28 aprile 2006 aveva informato le parti (e questo Tribunale) che, citiamo: " ... la Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito l'inapplicabilità dei valori regionali (Tabella TA13) di cui all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) – edita dall'Ufficio federale di statistica – per la determinazione del reddito ipotetico da invalido." In una sentenza U 75/03 del 12 ottobre 2006 (pubblicata in RtiD I 2007 pag. 216 segg. e in SVR 2007 UV n. 17 pag. 56), il TFA ha, per la prima volta, esposto le motivazioni che hanno spinto la Corte plenaria, il 10 novembre 2005, a prendere la decisione appena citata: " (...) 8.2 In primo luogo si osserva che, per un'ovvia questione di parità di trattamento (art. 8 Cost.), un'applicazione della tabella TA13 al solo Cantone Ticino deve essere esclusa se non si vuole creare un'inammissibile *lex ticinensis*. Analoghe considerazioni di praticabilità, di parità di trattamento e di sicurezza giuridica si oppongono quindi a un'applicazione alternativa delle tabelle nazionali (TA1) e di quelle regionali (TA13) come pure a un'applicazione delle prime ad alcune regioni e delle seconde alle rimanenti regioni. 8.3 Allo stesso modo, un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, al posto di quelle nazionali TA1, pur potendo, da un lato, in alcuni casi effettivamente creare le basi per una soluzione maggiormente vicina alla realtà economico-sociale concreta, dall'altro lato creerebbe, a ben vedere, anche nuovi problemi dovuti al fatto che all'interno delle medesime grandi regioni si registrano delle differenze, non sempre trascurabili. Ad esempio, nonostante le due regioni facciano parte della medesima grande regione "Mittelland", è notorio che i salari esistenti nel Canton Berna non sono gli stessi di quelli del Canton Giura. Allo stesso modo, per il Vallese occorrerebbe prendere in considerazione i salari relativi alla regione lemanica. Ora, nell'una e nell'altra ipotesi, l'applicazione dei valori regionali (TA13) al posto di quelli nazionali (TA1) si dimostrerebbe maggiormente sfavorevole per questi assicurati. Si pone quindi ugualmente la questione dell'assicurato che lavora(va) in un Cantone appartenente a un'altra grande regione, ad esempio del lavoratore giurassiano che lavora(va) nel Cantone di Basilea (città o campagna). Ora, se si intendesse determinare il reddito da invalido sulla base della tabella TA13, non si farebbe altro che spostare o restringere il cerchio geografico nel quale si iscrive ogni determinazione di un reddito ipotetico sulla base di valori statici. In questa maniera, però, si correrebbe pure il rischio di offuscare oltremodo l'obbligo o l'esigibilità per l'assicurato di ridurre il danno e di andare, se del caso e nei limiti ragionevoli, a cercare un'attività al di fuori della sua regione abituale. Si creerebbero nuove disparità nei confronti di assicurati che abitano a cavallo tra due o addirittura tre grandi regioni o di chi abita in una di queste regioni e lavora in un'altra. 8.4. A ciò si aggiunge che nella sentenza pubblicata in DTF 129 V 472, questa stessa Corte ha precisato che, laddove una tale operazione non fosse possibile sulla base di rilevamenti salariali DPL, il reddito da invalido va di principio definito sulla base dei dati statistici salariali ISS applicabili nell'insieme del settore privato (DTF 129 V 484). Ora, anche siffatta considerazione si opporrebbe a un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, concernenti il settore pubblico e privato. 8.5 Non può pertanto ammettersi una regionalizzazione nella determinazione dell'invalidità poiché una siffatta soluzione sarebbe incompatibile con il principio costituzionale di parità di trattamento come pure con il rango costituzionale delle assicurazioni invalidità e infortuni quali assicurazioni federali." In un'altra sentenza I 790/04 del 18 ottobre 2006, il TFA ha ancora rilevato: " Quanto alla questione della tabella applicabile tra le varie riportate dall'ISS, il Tribunale federale delle assicurazioni ha recentemente stabilito, con decisione della Corte plenaria del 10 novembre 2005, non potersi (più) fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13, riferentesi ai

salari in relazione alle grandi regioni (cfr. pure la sentenza del 22 agosto 2006 in re K., I 424/05, consid. 3.2.3; v. inoltre la sentenza 12 ottobre 2006 in re S., U 75/03). Il reddito ipotetico da invalido deve di conseguenza essere valutato sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato. Alla luce di quanto precede non vi è (più) spazio alcuno per ammettere una riduzione dei salari statistici, quale quella operata dai primi giudici, che tenga conto, ispirandosi ai salari corrisposti in un vicino cantone, che l'assicurato vive in una regione economicamente meno forte. Anche sotto questo aspetto non può pertanto trovare conferma la valutazione del tasso d'invalidità compiuta dalla Corte di prime cure." Alla luce di questa chiara giurisprudenza federale (cfr. sul tema: L. Grisanti "Nuove regole per la valutazione dell'invalidità" in RTiD II-2006 pag. 311 segg.), il reddito da invalido deve dunque essere determinato dal TCA applicando i valori nazionali (Tabella TA1). Spetta semmai al Parlamento o al Consiglio federale intervenire su questo tema, se lo riterranno opportuno. Il 22 giugno 2007 il Consiglio nazionale ha accolto una mozione del 2 ottobre 2006 no. 06.3466 del Consigliere nazionale Meinrado Robbiani il quale chiede che il "Consiglio federale proceda con sollecitudine ad ovviare a questa distorsione, adeguando le disposizioni di applicazione della legge sull'assicurazione invalidità". Il nuovo art. 28a cpv. 1 LAI introdotto nell'ambito della 5a revisione della LAI, approvata dal popolo il 17 giugno 2007, dispone che sarà il Consiglio federale a definire il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Il 17 dicembre 2007 il Consigliere federale Pascal Couchepin, rispondendo ad una domanda (07.5369) del Consigliere nazionale Meinrado Robbiani ha preannunciato che "pour respecter les différences salariales dans les diverses régions de Suisse, il est prévu d'opérer sur le salaire ressortant de l'enquête sur la structure des salaires en Suisse une réduction qui tienne compte des différenciations régionales. La mise en oeuvre de cette règle est prévue pour le premier trimestre 2008 au moyen de circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales" e, invitato a precisare se riteneva sufficiente una semplice circolare, ha sottolineato quanto segue: " Monsieur Robbiani, je ne suis pas en mesure de vous affirmer avec toute l'autorité juridique nécessaire si oui ou non une circulaire est suffisante. Mais ce que je vais faire, c'est demander à mes collaborateurs si je dois moi-même signer la circulaire dans la mesure où, comme vous le dites, il devrait y avoir une décision politique claire. On va vérifier le point sur lequel vous attirez notre attention." Questo Tribunale si limita a ricordare che, secondo la giurisprudenza, il principio dell'uguaglianza di trattamento proibisce, citiamo: "de faire, entre divers cas, des distinctions qu'aucun fait important ne justifie", ma anche "de soumettre à un régime identique des situations de fait qui présentent entre elles des différences importantes et de nature à rendre nécessaire un traitement différent (cfr. DTF 129 I 3; DTF 127 V 454; Zbl 2005 p. 87ss. (89-90); A. Auer-G. Malinverni-M. Hottelier, "Droit constitutionnel suisse", Vol. II, Stämpfli Editions SA, Berna 2006, p. 484 n. 1030 e 499 n. 1061). In una sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, rispondendo ad una questione sollevata dal TCA nella sentenza 35.2006.60 del 23 novembre 2006, consid. 2.10.9 (" Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2005 quale muratore semi-qualificato (infatti nel 2005, secondo il contratto collettivo di lavoro dell'edilizia, un lavoratore con conoscenze percepiva un salario orario di fr. 25.15, contro i fr. 22.65 percepiti dai lavoratori edili), è inferiore a quello realizzato in media a livello svizzero dai lavoratori del settore della costruzione con qualifiche analoghe (Tabella TA 1 2004, punto 45, livello di qualifica 3: fr. 5'358 x 12 mesi = 64'296, riportato su 41.6 ore/settimana = 66'867.84; dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2005, un reddito annuo pari a fr. 67'443.41; per un recente

caso in cui l'Alta Corte ha fatto riferimento ai livelli di qualifica 2 e 3, cfr. STFA del 12 ottobre 2006 nella causa S., U 404/05, consid. 2.3.4). Ci si potrebbe chiedere se in tale ipotesi, e visto il richiamo del TFA ai salari nazionali (Tabella TA 1), non dovrebbe essere applicata la giurisprudenza federale secondo la quale, quando l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (cfr. DTF 129 V 225 consid. 4.4; AHI-Praxis 1999, p. 329 consid. 1; ZAK 1989, p. 458s. consid. 3b; STFA del 6 settembre 2006 nella causa H., U 454/05 + 456/05, consid. 6.3.3 e 6.3.4). Spetta comunque all'Alta Corte pronunciarsi al riguardo"), la nostra Alta Corte ha stabilito che: " (...)

E. 3.1

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

E. 3.2

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...)

Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles

investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)" Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative

lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

E. 3.3

En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura

al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

E. 5

kg ; la capacità funzionale per la manipolazione di oggetti leggeri e lavori di precisione è normale, per lavori medi è ridotta, per lavori pesanti e di manovalanza è esigua, per lavori molto pesanti è nulla; non v'è alcuna limitazione alla rotazione del tronco, in un'attività seduta e piegata in avanti, in un'attività eretta e piegata in avanti, in un'attività inginocchiata ed in un'attività con le ginocchia flesse; non v'è nessuna limitazione per mantenere la posizione seduta od eretta; la capacità funzionale per qualsiasi spostamento su qualunque tragitto è normale, come pure nel salire e scendere le scale. I medici del SAM hanno inoltre indicato che l'assicurato può svolgere attività in cui non sia necessaria un'acuità visiva perfetta ed in un'attività non pericolosa per gli occhi, vista la cecità all'occhio destro (doc. VIII/1 pag. 16). I medici del SAM hanno rilevato che la capacità lavorativa del 60% in attività leggere adeguate è presente dal 5 novembre 2004 (ossia sei mesi dopo l'ultimo intervento alla spalla), mentre per il periodo precedente, dal 17 aprile 2004 (trauma alla spalla sinistra) al 5 novembre 2004 vi era una incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività, a causa degli interventi chirurgici, degli accertamenti e della riabilitazione (doc. VIII/1 pag. 16). In data 3 maggio 2007, il medico responsabile del SMR, dr. _____, ha chiesto al SAM: " Vi ringrazio per la relazione peritale riguardante il paziente citato in ingresso che ho avuto modo di leggere oggi. Dalla relazione si evince che i disturbi che limitano la funzionalità in campo lavorativo del soggetto sono quelli a carico dell'apparato locomotore, per i quali il dr. _____ ha espresso la sua valutazione puntuale. Nelle conclusioni generali si riferisce alla possibilità di svolgere attività adeguate allo stato di salute nella misura del 60%, cioè sull'arco di un'intera giornata, ma con diminuzione del rendimento. A proposito di questa valutazione, che non riesco a leggere direttamente dal rapporto del collega _____, mi permetto di chiedere come possa essere motivata. Mi permetto pure di chiedervi la descrizione dell'evoluzione a far stato dall'esame, pure peritale, eseguito dal dr. _____ nel giugno 2005." (Doc. 46-1) Con scritto del 30 maggio 2007, il dr. _____, medico aggiunto del SAM, ha risposto: " Nel

consulto del dr. _____ (redatto il 12.3.2007) ed allegato alla nostra perizia SAM (del 30.03.2007) è descritta un'attività adeguata con una riduzione del rendimento del 40%. Dunque si può concludere per una capacità lavorativa del 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con un rendimento ridotto). Il dr. _____ nella sua perizia UAI del 26.6.2005 (visita del 16.6.2005) valuta le spalle dell'assicurato. Il dr. _____, nel suo consulto per il SAM, esegue una valutazione reumatologica complessiva dell'assicurato e valuta anche i problemi alla colonna vertebrale ed agli arti inferiori. Il reumatologo curante dr. _____, a causa di un peggioramento dei disturbi, ha eseguito delle infiltrazioni, oltre alla terapia medicamentosa per orale. Rispetto alla valutazione (perizia) del dr. _____, vi è stato un peggioramento globale dell'assicurato e per questo motivo giungiamo alle capacità lavorative descritte nella nostra perizia (0% come assistente di cura e 60% - presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto – in un'attività adatta).” (Doc. 46-2) Nelle sue annotazioni del 4 luglio 2007 il dr. _____ del SMR ha quindi rilevato: " Per brevità mi permetto di richiamare i limiti funzionali descritti dal dr. _____ come co-perito SAM (allegato alla relazione principale – pag. 7) e confermo la CL 60% per le attività descritte.” (Doc. 48-1) Sulla base di queste conclusioni mediche, l'UAI ha quindi attribuito all'interessato una rendita intera di invalidità (grado AI del 100%) dal 1° aprile 2003 al 28 febbraio 2005 e un quarto di rendita di invalidità (grado AI del 46%) dal 1° marzo 2005 (doc. A1). In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato la decisione dell'amministrazione di ridurre ad un quarto il diritto alla rendita dopo il 28 febbraio 2005, senza tuttavia produrre nuovi referti medici a comprova della, a suo avviso totale, incapacità lavorativa. Solo in data 2 marzo 2009 e su richiesta del TCA (doc. XVI) – alla luce dello scritto del 17 febbraio 2009 inviato dall'UAI al rappresentante dell'assicurato, per comunicare che la richiesta di aggravamento dello stato di salute dell'interessato inoltrata dall' _____ di _____ sarebbe stata esaminata una volta conclusa la procedura di ricorso contro la decisione del 13 dicembre 2007 (doc. XIV/bis) – l'amministrazione ha trasmesso i seguenti referti: - scritto del 3 febbraio 2009 del dr. _____ dell' _____ di _____, indirizzato all'UAI, nel quale ha indicato che “come da richiesta del paziente, vi invio la documentazione concernente l'aggravamento del paziente e vi allego copia degli ultimi referti di RM nonché la lettera scritta al neurochirurgo dr. _____ al quale mando il paziente per un consulto” (doc. XVI/2). - referto del 3 febbraio 2009, redatto dal dr. _____, inviato al dr. _____, Vice Primario di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, del seguente tenore: " La prego di convocare il più presto possibile il sunnominato paziente che da alcune settimane presenta fortissimi dolori a livello cervicale con irradiazione cervicobrachialgie sia a sinistra che a destra. Questo paziente nel passato ebbe 2 interventi di ricostruzione della cuffia della spalla sinistra e un intervento di ricostruzione della cuffia della spalla destra. Per quanto concerne la spalla sinistra vi è ancora una fissurazione del tendine del sopraspinato e in parte anche del sottoscapolare diagnosticata con un'artro RM fatta il 23.1.2009 della quale le mando copia del referto. Clinicamente si tratta di disturbi già cronici a questa spalla con i quali il paziente convive. Il dolore che però manifesta ultimamente è un dolore che parte dalla colonna cervicale e coinvolge la muscolatura panvertebrale a sinistra, il trapezio e l'elevatore della scapola. Inoltre, lamenta una sensazione di dolore che scende lungo il braccio sinistro e che arriva al III, IV e V dito della mano sinistra. Gli ho praticato un'infiltrazione del gruppo muscolare trapezio e elevatore della scapola dopo di che andava un po' meglio per quanto riguarda i dolori in questa sede, ma rimanevano i disturbi algici ad ambedue gli arti superiori. Ho fatto eseguire anche una

RM della colonna cervicale della quale le mando copia del referto e il CD. Dal punto di vista ortopedico, non vedo possibilità né necessità per interventi alla spalla sinistra. Gli ho prescritto antinfiammatori e analgesici nonché miorilassanti. Inoltre ha ricevuto una prescrizione per fisioterapia nell'attesa di una sua convocazione." (Doc. XVI/3) - referto del 23 gennaio 2009 concernente l'esame di artro-RM alla spalla sinistra del 23 gennaio 2009, redatto dal dr. _____ del Servizio di radiologia dell' _____ di _____, che giunge alle seguenti conclusioni: " Esiti di pregressi interventi con fessure trasmurali nel tendine muscolo sovraspinato e fessure almeno parziali, ma molto estese, nel tendine muscolo sottoscapolare." (Doc. XVI/4) - referto del 2 febbraio 2009 concernente l'esame di MRI alla colonna cervicale del 30 gennaio 2009, redatto dal dr. _____ del Servizio di radiologia dell' _____ di _____, il quale esprime le seguenti conclusioni: " Discopatia plurisegmentale con: - _____ leggera protrusione circolare e piccole retropseudofita di appoggio in C3-C4 e C4-C5 senza compressione delle strutture nervose e: - _____ osteocondrosi e protrusione circolare e artrosi uncovertebrale in C5-C6 e: - _____ osteocondrosi, protrusione circolare e piccola ernia medio-laterale a destra in C6-C7 con inoltre stenosi foraminale relativa bilaterale in questo segmento. Lan però fascia adiposa attorno ai nervi C7 durante il passaggio foraminale è però conservata. Una chiara radicolopatia a sinistra non è apprezzabile. Una sintomatologia C7 a destra sarebbe però ipotizzabile dovuta alla stenosi foraminale C6-C7." (Doc. XVI/5) Al riguardo, con scritto del 17 febbraio 2009, l'UAI ha comunicato al rappresentante dell'assicurato che "in riferimento allo scritto del 3 febbraio 2009 dell' _____ di _____, vi informiamo che il nostro ufficio valuterà l'entrata in materia della richiesta di aggravamento dello stato di salute dell'assicurato non appena sarà conclusa la procedura di ricorso contro la decisione del 13 dicembre 2007" (doc. XIV/bis). 2.10. 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che

possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...)

E. 5.1

Indem das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007: Bundesgericht) unter dem Titel des Beschäftigungsgrades bei Teilzeittätigkeit einen Leidensabzug anerkannte, wollte es dem Umstand Rechnung tragen, dass Teilzeitbeschäftigte in der Regel überproportional weniger verdienen als Vollzeitanestellte (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 322 f.; vgl. überdies BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und S. 79 in fine; AHI 1998 S. 175 E. 4b). Erfasst werden sollte mit diesem Abzug nur die eigentliche Teilzeitarbeit, nicht aber eine vollzeitliche Tätigkeit mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit (vgl. Urteile I 292/05 vom 19. Oktober 2005, E. 5.3, und I 2/01 vom 24. Januar 2002, E. 2b/ee). Das Gericht stützte sich bei der Begründung des Abzuges denn auch auf die zwischen Vollzeittätigkeiten (Pensen über 90%) und prozentual abgestuften Teilzeittätigkeiten (Pensen von 25% und weniger bis maximal 90%) differenzierende Tabelle 13* der LSE 1994 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). In den Erläuterungen zu dieser Tabelle in LSE 1994 S. 30 wird sodann auf sich bei einzelnen Kategorien von Arbeitnehmenden mit Teilzeitarbeit ergebende Besonderheiten hingewiesen. Der Vorinstanz kann mithin darin nicht gefolgt werden, dass der höchstrichterlich unter dem Titel Beschäftigungsgrad vorgesehene sog. Teilzeitabzug auch Vollzeittätigkeiten mit eingeschränktem Rendement umfasse.

E. 5.2

Die Ursachen, weshalb Teilzeittätigkeiten in der Regel überproportional niedriger entlohnt werden als Vollzeittätigkeiten, sind höchstens teilweise bekannt. Daher kann eine Gleichbehandlung der beiden Tätigkeitsarten beim Leidensabzug auch nicht damit

begründet werden, bei Vollzeittätigkeiten mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit wirkten sich regelmässig die selben ökonomischen Gesichtspunkte aus wie bei Teilzeittätigkeiten. Zwar mag in Einzelfällen eine solche Vollzeittätigkeit tatsächlich mit einem überproportionalen Minderverdienst verbunden sein. Dass dies in gleicher Weise wie bei den Teilzeittätigkeiten den Regelfall darstellt, lässt sich aber nicht zuverlässig sagen, zumal auch Faktoren angeführt werden könnten, welche eine Vollzeittätigkeit mit eingeschränktem Leistungsvermögen für einen Arbeitgeber attraktiver erscheinen lassen als eine Teilzeittätigkeit. Zu erwähnen ist hier etwa, dass eine vollzeitliche Anwesenheit grössere Flexibilität bei der Einsatzplanung bietet.

E. 5.3

Zusammenfassend besteht keine rechtsgenügende Grundlage, um bei vollzeitlich mit reduzierter Leistungsfähigkeit tätigen Versicherten regelmässig eine über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hinaus gehende, überproportionale Lohnneinbusse anzunehmen und - in Analogie zum bisherigen Abzugsfaktor Beschäftigungsgrad oder als eigenständiges neues Merkmal - beim leidensbedingten Abzug zu berücksichtigen. Was Beschwerdegegner und kantonales Gericht hiezu vernehmlassungsweise vortragen, führt zu keiner anderen Betrachtungsweise.

E. 5.4

Fällt demnach der von der Vorinstanz mit dieser Begründung vorgenommene Abzug im Umfang von 10% weg, muss nicht näher auf die zusätzlich mit 5% bemessene Abzugsposition betreffend die lohnbeeinflussenden Auswirkungen der psychischen Erkrankung eingegangen werden. Denn es resultiert unabhängig von der allfälligen Rechtmässigkeit dieses Abzuges ein Invaliditätsgrad unterhalb der für eine Invalidenrente mindestens erforderlichen 40%.“ Nel caso di specie, analogamente a quanto stabilito nella sentenza appena riprodotta, essendo l'assicurato, dal profilo medico, ancora abile a tempo pieno, ma con una riduzione del rendimento del 40%, in un'attività adeguata, non è dunque possibile applicare una riduzione del reddito da invalido per tenere conto del fatto che l'assicurato può effettuare un'attività adatta solo a tempo parziale, come preteso dal rappresentante dell'interessato. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2005, partendo da un salario da invalido di fr. 57'751.08 e ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 60%, ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 31'185.58 (fr. 34'650.65 - (fr. 34'650.65 x 20 : 100)) . C onfrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 58'080.25 (consid. 2.13.), emerge un tasso d'invalidità del 46.31%, arrotondato al 46% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto ad un quarto di rendita di invalidità, come stabilito dall'amministrazione. Alla medesima conclusione si giunge anche aggiornando i redditi (da valido e da invalido) al 2007 (dato che, come visto in precedenza, occorre valutare se vi è stata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento sino al momento della decisione impugnata, cfr. consid.

E. 6

Nel caso di specie, il ricorrente contesta sia la determinazione del reddito da invalido che quella da valido.

E. 6.1

Per quanto concerne il reddito da valido, l'interessato fa valere che l'importo determinato dall'INSAI sulla base dei dati forniti dall'ex datore di lavoro risulterebbe, come giustamente rilevato anche dal primo giudice, inferiore del 9% circa rispetto al salario medio nazionale dei lavoratori attivi nel settore delle costruzioni con qualifiche analoghe. L'argomento è pertinente. In effetti, il dato ritenuto dall'assicuratore infortuni a titolo di reddito da valido (fr. 61'277.- per l'anno di riferimento 2005) è inferiore nella misura del 9.58% a quello desumibile dalla tabella TA1 di cui all'ISS (edizione 2004, pag. 53, livello di esigenze 3, cifra 45 costruzioni), quest'ultimo essendo pari, dopo adeguamento all'evoluzione salariale per il 2005, a fr. 67'765.89 (fr. 5'358 x 12 : 40 x 41.7[v. La Vie économique, 12-2007, pag. 98, tabella 9.2] x 1.011 [v. La Vie économique, 12-2007, pag. 99, tabella 10.2]). Alla luce della giurisprudenza richiamata al considerando 5.3, che, come visto, permette al giudice chiamato ad effettuare un raffronto dei redditi di prendere in considerazione in ugual misura per ciascuno degli elementi di paragone fattori estranei all'invalidità, può, se del caso, essere tenuto conto di questa circostanza nell'ambito della determinazione del reddito ipotetico da invalido.

E. 6.2

A quest'ultimo riguardo, il ricorrente, pur rispettando la più recente giurisprudenza in materia, rileva che il mercato del lavoro ticinese oggettivamente offre ai lavoratori occupati in questo Cantone di frontiera retribuzioni nettamente inferiori e penalizzanti rispetto al resto della Svizzera, come risulterebbe, almeno in parte, dalle tabelle TA1 e TA13 di cui all'ISS. Il ragionamento è comprensibile, ma viene tuttavia relativizzato dalle considerazioni espresse al considerando precedente.

E. 6.3

Mancando in concreto indicazioni economiche effettive, in considerazione della più recente prassi di questa Corte - cui allude l'insorgente - che non ammette più la possibilità di fare capo ai dati statistici salariali relativi alle grandi regioni, tabella TA13 ISS, per determinare il reddito ipotetico da invalido, quest'ultimo deve essere stabilito sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 75/03 del 12 ottobre 2006, consid. 8, riassunta in RSAS pag. 64). In tali condizioni, partendo dal valore totale mediano di cui all'ISS 2004 (pag. 53, livello di esigenze 4), si ottiene un importo di base di fr. 57'258.24 per il 2004 (fr. 4'588 x 12 : 40 x 41 .6 [La Vie économique, 12-2007, pag. 98, tabella B9.2]), che, adattato all'evoluzione salariale (1%, v. La Vie économique, 12-2007, pag. 99, tabella B10.2), porta a ritenere un importo di fr. 57'830.82 per il 2005.

E. 6.4

Operando una prima riduzione del 9.58% da quest'ultimo importo per tenere conto della differenza salariale di cui si è detto al considerando 6.1, deducendo poi una quota ulteriore del 15%, non oggetto di contestazione, per considerare adeguatamente le circostanze particolari del caso (DTF 126 V 75 ; in concreto: limitazioni riconducibili al danno alla salute, statuto di frontaliere), il raffronto dei redditi (reddito da valido di fr. 61'277.- e guadagno da invalido di fr. 44'447.03 [fr. 57'830.82 ./ 9.58% ./ 15%]) dà un grado d'invalidità arrotondato (DTF 130 V 121) del 27%. (...) Di conseguenza, quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in

particolare pag. 326-327). In una sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008, consid. 6.2., il Tribunale federale, su questo tema, ha ancora rilevato: " A proposito del richiesto adeguamento va tuttavia rilevato che finora è stato ammesso dalla Corte federale nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% in sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007)." 2.14.2. Per determinare il reddito ancora esigibile dall'assicurato nonostante il danno alla salute, l'amministrazione ha quindi giustamente fatto riferimento ai dati statistici nazionali della Tabella TA1. Alla luce della giurisprudenza appena citata (cfr. consid. 2.14.1.), non può quindi essere accolta la censura ricorsuale del rappresentante dell'assicurato circa il fatto che l'applicazione dei dati statistici nazionali, in luogo di quelli regionali, comporta una discriminazione per i lavoratori ticinesi, i quali non possono conseguire i redditi di cui alla Tabella TA1 (cfr. consid. 1.3.). In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2004 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2004 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'588. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2007, p. 94), esso ammonta a fr. 4'771.52 mensili oppure a fr. 57'258.24 per l'intero anno (fr. 4'771.52 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (" Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2005 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 6-2007, p. 91), un reddito mensile di fr. 4'812.59 oppure di fr. 57'751.08 per l'intero anno (fr. 4'812.59 x 12). L'assicurato, quale assistente di cure presso la Casa per anziani _____, avrebbe guadagnato, nel 2005, fr. 58'080.25/anno per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 56'873.--/ anno; cfr. Tabella TA1 2004 p.to 85 "Sanità e servizi sociali", livello di qualifica 4, dopo adeguamento all'evoluzione salariale per il 2005 : fr. 4'512.-- X 12 mesi : 40 x 41.6 [La Vie économique, 12-2008, pag. 94, tabella B9.2] x 1.01 [v. La Vie économique, 12-2008, pag. 95, tabella B10.2]). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008 sopra menzionata. Ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.11.), da un punto di vista medico, l'assicurato può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 60%, il reddito statistico citato va ridotto del 40% e ammonta a fr. 34'650.65 (fr. 57'751.08 ridotti del 40%). 2.15. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza I 147/05 del 25 luglio 2005, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere

un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): "

E. 10

kg repetitiv und vereinzelt über

E. 15

kg , ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten.

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