

TI_GERICHTE 32.2009.152 vom 25. Juni 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-06-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.152

FR: TI_GERICHTE 32.2009.152 du 25 juin 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.152 del 25 giugno 2009

Regeste

Decisione con la quale UAI ha attribuito all'assicurato 1/4 rendita dal 1.10.2007 al 31.10.2007, poi soppressa dal 1.1.2008 alla luce di un grado AI del 34% non è corretta. Diritto ad una rendita intera dal 1.8.2007 al 31.3.2008, poi soppressa dal 1.4.2008

Erwägungen

E. 37

LPGA, concernente la rappresentanza e il patrocinio, prevede che: “ 1 La parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente, o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. 2 L'assicuratore può esigere che il rappresentante giustifichi i suoi poteri con una procura scritta. 3 Finché la parte non revochi la procura l'assicuratore comunica con il rappresentante. 4 Se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito.” Per l'art. 60 cpv. 1 LPGA il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa. Il cpv. 2 prevede che gli articoli 38-41 sono applicabili per analogia. A norma dell'art. 38 cpv. 4 lett. b LPGA i termini stabiliti dalla legge o dall'autorità in giorni o in mesi non decorrono dal 15 luglio al 15 agosto incluso. In concreto, questo Tribunale - pur deplorando l'agire dell'UAI che, malgrado fosse in possesso di regolare procura da parte dell'avv. RA 1, non gli ha trasmesso la decisione del 25 giugno 2009 - rileva tuttavia che ciò non ha pregiudicato gli interessi dell'assicurato, dato che il ricorso cautelare del 25 agosto 2009, tenuto conto delle ferie giudiziarie, è stato consegnato ad un ufficio postale nel termine di 30 giorni ed è pertanto da ritenere tempestivo senza che sia necessario approfondire ulteriormente la questione. Nel merito 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. 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 ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). 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). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, *op. cit.*, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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 (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 vLAI (nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007): " il diritto alla rendita secondo l'articolo 28 nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato: a) presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40 per cento, oppure b) è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media." Tali principi sono ora stati ripresi dall'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore a partire dal 1° gennaio 2008, del seguente tenore: " L'assicurato ha diritto a una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40 per cento." Secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media. La lett. b si applica per contro alle malattie evolutive, vale a dire agli stati patologici labili, suscettibili di evolvere verso un miglioramento o un peggioramento (cfr. STFA del 25 novembre 2005 nella causa

G., I 566/05; STFA del 18 luglio 2005 nella causa N., I 154/05)). Di regola il periodo di carenza incomincia non appena l'assicurato subisce una diminuzione sensibile del suo rendimento nella professione esercitata sino a quel momento ed il termine può cominciare a decorrere anche quando l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno o non esercita alcuna attività lucrativa (DTF 105 V 159; RCC 1979 p. 281, 1970 p. 402). Una diminuzione della capacità di lavoro del 20% soddisfa già la nozione legale (Pratique VSI 1998 p. 126). Alla scadenza del termine di 360 giorni l'assicurato deve presentare un'incapacità - questa volta - di guadagno del 40% almeno, che verrà definita secondo i disposti dell'art. 28 LAI. L'ammontare della rendita che verrà versata dipende dal grado d'incapacità di lavoro durante il periodo di carenza e di quello dell'incapacità di guadagno residua dopo i 360 giorni. Di conseguenza, una rendita intera (secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003) potrà essere riconosciuta solo se l'incapacità media di lavoro durante l'anno di carenza è stata di due terzi almeno e se in seguito sussiste un'incapacità di guadagno di perlomeno pari grado (RCC 1980 p. 263). Pertanto se l'incapacità media di lavoro è stata del 60% durante 360 giorni, l'assicurato non avrà diritto per cominciare che ad una mezza rendita anche se allo scadere del termine la sua incapacità di guadagno supera i due terzi. Inversamente, se dopo 360 giorni di incapacità media di lavoro di oltre due terzi l'incapacità di guadagno è scesa al 60%, l'assicurato avrà diritto unicamente ad una mezza rendita d'invalidità (Valterio, op. cit. pag. 222s, Pratique VSI 1998 pag. 126-127; STCA del 21 settembre 2005 nella causa W., 32.2005.82; STCA del 27 aprile 2004 nella causa P., 32.2003.79). Questi principi sono stati confermati dal Tribunale federale in una sentenza 8C_5/2010 nella quale ha rilevato: " 3.2 Im Anwendungsbereich von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war. Die Rentenhöhe ist sowohl vom Ausmass der nach Ablauf der Wartezeit weiterhin bestehenden Erwerbsunfähigkeit als auch von einem entsprechend hohen Grad der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des vorangegangenen Jahres abhängig. Somit kommt eine ganze Rente erst in Betracht, wenn der Versicherte während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 66 2/3 % (Art. 28 Abs. 1 IVG in der hier massgebenden, bis 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) arbeitsunfähig gewesen und weiterhin wenigstens im gleichen Umfang invalid im Sinne von Art. 28 Abs. 1 IVG ist (vgl. Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 4.2.1). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (BGE 121 V 264 E. 6b/cc S. 274; 105 V 156 E. 2c/d S. 160 f.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, S. 236 f.)." Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). Vi è interruzione notevole del termine di 360 giorni ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007) allorché l'assicurato è interamente abile e presenta, durante almeno 30 giorni consecutivi, una capacità al lavoro economicamente utilizzabile, senza riguardo alla sua remunerazione (RCC 1969 p. 571). Il periodo di 360 giorni non è per contro interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro - essendo provatamente al di sopra delle forze dell'assicurato - è fallito, anche se esso è durato più di 30 giorni (RCC 1964 p. 168). 2.5. 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 (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.6. L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.7. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: "(...) 2. 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: Schaffauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 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. 2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement

abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 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.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

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. 2.8. Nella decisione del 16 giugno 2009, l'UAI ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita di invalidità dal 1° ottobre 2007 al 31 dicembre 2007, sopprimendola poi a partire dal 1° gennaio 2008, ritenuto che dal 1° gennaio 2008 l'assicurato presenta una capacità lavorativa del 100% in attività adatte. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.5., 2.6. e 2.7., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a far tempo dal 1° gennaio 2008. 2.9. Per chiarire la situazione dal profilo medico, l'UAI ha affidato al dr. _____ del SMR, medico internista-reumatologo, il mandato di esperire una perizia specialistica. Nel suo rapporto peritale del 28 febbraio 2008, il dr. _____ ha posto le diagnosi principali di "sindrome lombovertebrale su alterazioni degenerative plurisegmentali più marcate L3-L4; lieve sindrome vertebrale cervicale degenerativa; stato dopo artroscopia spalla destra (3.10.2007) per impingement sottoacromiale" e, quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quelle di "stato dopo ulcera duodenale; varici arti inferiori; dislipidemia; sindrome ansioso-depressiva; stato dopo duplice artroscopia ginocchio sinistro per lesione meniscale e legamenti crociati; sinusite cronica" (doc. 37-1). Quali limiti funzionali, il dr. _____ ha indicato che l'assicurato "può sollevare abitualmente fino a 10 kg, può sollevare saltuariamente fino a 15 kg; deve evitare movimenti di flessione ed estensione ripetitive della schiena; deve mantenere posizioni ergonomiche per la schiena; può mantenere la posizione statica seduta o in piedi massimo 45 minuti; deve evitare di mantenere l'arto superiore destro al di sopra del piano orizzontale" (doc. 37-1). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha indicato che "fino all'agosto 2007 valevano le indicazioni del rapporto SMR del 18 aprile 2007", mentre in seguito, a causa del peggioramento delle condizioni di salute alla spalla destra, l'interessato era da considerare totalmente inabile al lavoro, fino al 1° gennaio 2008, data a partire dalla quale andava ritenuto totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività, ma abile al lavoro al 100% in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 37-3). Il dr. _____ ha aggiunto che "la situazione clinica reumatologica e funzionale sembra stabile nel tempo" e che "non sono proponibili ulteriori terapie mediche o chirurgiche atte al miglioramento della capacità funzionale" (doc. 37-3). Nel rapporto medico del 18 aprile 2007, il dr. _____ del SMR, medico generico (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), posta la diagnosi principale di "sindrome lombovertebrale cronica recidivante su alterazioni plurisegmentali da L3 a S1, più marcate L3-L4"; quale ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa quella di "lieve sindrome vertebrale cervicale", mentre quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa quella di "reazione mista ansioso-depressiva", ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 90%, a partire dal mese di ottobre 2005, nella sua precedente attività di muratore, ma abile al lavoro al 100% in attività

adeguate, a partire dal mese di aprile 2006, conformemente a quanto ritenuto dal dr. _____ nella perizia medica eseguita in data 4 aprile 2006 su incarico dell'assicuratore malattia. Nel suo rapporto peritale del 20 aprile 2006, acquisito agli atti da parte dell'UAI, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha infatti posto le diagnosi di "sindrome lombo-vertebrale in presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali, più marcate L3/L4; lieve sindrome vertebrale cervicale" (doc. 14-3 inc. Cassa malati). A proposito della capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l'assicurato totalmente inabile al lavoro con riferimento alle "mansioni manuali più pesanti e inergonomiche per il tronco" (doc. 14-3 inc. Cassa malati). Quanto alla possibilità per l'assicurato di svolgere altre attività adeguate alle sue condizioni di salute, il dr. _____ ha osservato che "come già ritenuto pure dal dr. _____ nel referto dell'8 novembre 2005, per quanto attiene alla componente somatica, il signor RI 1 potrebbe raggiungere una capacità lavorativa anche completa nello svolgimento di attività lavorative più leggere, senza necessità di esecuzione ripetuta di movimenti o del mantenimento prolungato di posizioni inergonomiche per il tronco, senza esposizione a cambiamenti repentini o frequenti della temperatura o del grado di umidità ambiente, idealmente con possibilità di libera scelta o almeno cambiamento a intervalli regolari della posizione di lavoro, intercalando dei leggeri spostamenti. Si tratta in particolare di attività di sorveglianza della produzione nell'ambito dell'industria; di attività di controllo/pianificazione del lavoro/mansioni di carattere piuttosto amministrativo nell'ambito della costruzione; attività di magazziniere con possibilità di ingaggio adeguato dei mezzi ausiliari; attività di portineria e manutenzione in generale; services man nell'ambito di un garage o di una pompa di benzina, Tali mansioni potrebbero entrare in linea di conto a partire al più tardi dalla metà del mese di maggio, indicativamente lunedì 15" (doc. 14-3+4 inc. Cassa malati). L'assicurato ha contestato il progetto di decisione di rifiuto delle prestazioni dopo il 31 dicembre 2007, indicando, in particolare, che l'irritazione radicolare in C6-C7 ed altre affezioni in sede cervicale costituiscono delle "affezioni patentemente di natura neurologica", che avrebbero dovuto essere indagate da un neurologo o, eventualmente, da un neurochirurgo (doc. 56-2). Al riguardo, il dr. _____ del SMR, nelle annotazioni del 15 dicembre 2008, si è così espresso: " Ribadisco che l'esame da parte di un neurologo o di un neurochirurgo NON è necessario, i medici che lo hanno visto sono in grado di valutare i limiti funzionali dell'assicurato. Il dubbio di una radicolopatia C6/7 si riferisce all'anamnesi e non è constatabile un coinvolgimento radicolare alla visita. I limiti dati dal dr. _____ (e anche nel rapporto SMR del 18 aprile 2007 sono equivalenti), aggiungendo pure i repentini e frequenti cambi di temperatura e umidità", non cambia l'esigibilità calcolata dal CIP. Dal punto di vista medico NON c'è motivo per cambiare la decisione." (Doc. 57-1) In sede ricorsuale l'assicurato ha contestato la decisione dell'amministrazione di porre termine alle prestazioni a partire dal 1° gennaio 2008, senza tuttavia produrre nuova documentazione medica. 2.10. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie,

valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). 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). In una sentenza pubblicata in DTF 123 V 175, il Tribunale federale ha rilevato che, con l'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto, è stato ancorato il concetto di indipendenza e di imparzialità dei periti dei centri medici d'accertamento dell'AI, che già esisteva in

precedenza. Questa giurisprudenza è poi stata confermata in una sentenza pubblicata in DTF 132 V 376, nella quale l'Alta Corte ha deciso che i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA devono essere osservati anche quando una perizia è affidata ad un centro d'accertamento medico (SAM). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una sentenza 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: "(...) 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'écartier 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." (...) In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, il Tribunale federale ha sottolineato che un rapporto del SMR ha lo stesso valore di una perizia amministrativa, anche se è stato redatto senza avere visitato personalmente l'assicurato. 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). 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 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). 2.11. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal dr. _____, da considerare

dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nel proprio referto peritale del 28 febbraio 2008, il dr. _____ ha posto quali diagnosi principali quelle di “sindrome lombovertebrale su alterazioni degenerative plurisegmentali più marcate L3-L4; lieve sindrome vertebrale cervicale degenerativa; stato dopo artroscopia spalla destra (3.10.2007) per impingement sottoacromiale” (doc. 37-1), che hanno reso l’assicurato totalmente inabile al lavoro dal mese di agosto 2007. Dopo l’intervento in artroscopia alla spalla destra dell’ottobre 2007, il dr. _____ ha considerato l’interessato inabile al lavoro al 100% nella precedente attività di muratore, ma abile al lavoro al 100% in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, a partire dal 1° gennaio 2008 (doc. 37-3). Quanto al periodo precedente, il dr. _____ ha confermato la correttezza della valutazione posta dal dr. _____ nel rapporto medico del 18 aprile 2007 (cfr. doc. 37-3), nel quale il medico del SMR aveva ritenuto l’interessato inabile al lavoro al 100% nell’attività di muratore, a partire dal mese di ottobre 2005, ma totalmente abile al lavoro in attività adeguate, a partire dal mese di aprile 2006, conformemente a quanto stabilito dal dr. _____ (cfr. doc. 13-2). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale del dr. _____, che, del resto, non è stata contestata tramite dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Le conclusioni del dr. _____, del resto, non fanno che confermare quanto già constatato dal dr. _____ nella perizia medica eseguita per conto dell’assicuratore malattia, nella quale lo specialista ha considerato l’assicurato totalmente inabile al lavoro con riferimento alle “mansioni manuali più pesanti e inergonomiche per il tronco” (doc. 14-3 inc. Cassa malati), ma pienamente abile al lavoro in attività adeguate alle sue condizioni di salute, ossia in “attività lavorative più leggere, senza necessità di esecuzione ripetuta di movimenti o del mantenimento prolungato di posizioni inergonomiche per il tronco, senza esposizione a cambiamenti repentini o frequenti della temperatura o del grado di umidità ambiente, idealmente con possibilità di libera scelta o almeno cambiamento a intervalli regolari della posizione di lavoro, intercalando dei leggeri spostamenti” (doc. 14-3+4 inc. Cassa malati). L’assicurato ha contestato le conclusioni peritali, limitandosi a rilevare che l’UAI avrebbe dovuto svolgere una perizia non solo in ambito reumatologico, ma anche in quello neurologico/neurochirurgico e in quello psichiatrico, senza tuttavia apportare dei referti specialistici a sostegno di tali pretese. A tale riguardo, va rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, con la quale ha confermato la precedente sentenza 36.208.126 di questa Corte, ha già avuto modo di sottolineare, che “come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell’area di competenza del neurologo, dell’ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata”. Va qui inoltre 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). A proposito dell’aspetto psichiatrico, il TCA rileva che, nel rapporto medico del 18 aprile 2007, il dr. _____ del SMR ha posto, quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quella di “reazione mista ansioso-depressiva” (doc.

13-1), conformemente a quanto indicato dal dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia nello scritto del 26 aprile 2006 (cfr. doc. 6-8). Quanto all'asserita necessità di una valutazione neurologica/neurochirurgica, nelle sue annotazioni del 6 agosto 2008, il dr. _____ del SMR ha sottolineato che "la richiesta di essere visitato da un neurochirurgo non può essere accolta. L'assicurato è stato visitato da un medico reumatologo (SMR) e prima da un ortopedico (dr. _____) che sono in grado di valutare quali sono le limitazioni causate dal danno alla salute" (doc. 43-1). Il dr. _____ ha poi ribadito il suo parere nelle annotazioni del 15 dicembre 2008, nelle quali ha indicato che "ribadisco che l'esame da parte di un neurologo o di un neurochirurgo non è necessario, i medici che lo hanno visto sono in grado di valutare i limiti funzionali dell'assicurato" (doc. 57-1). Il TCA, alla luce della sentenza federale 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, citata in precedenza, non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni del medico del SMR. 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). In conclusione, rispecchiando la perizia del dr. _____ 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 l'assicurato è stato inabile al lavoro al 100%, nella sua professione di muratore, dal mese di ottobre 2005, ma abile al lavoro al 100%, in attività adeguate, dal mese di aprile 2006 fino al mese di agosto 2007 e poi, dopo un periodo di totale inabilità lavorativa a causa di problemi alla spalla destra, nuovamente abile al lavoro, nella misura del 100%, in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, a partire dal 1° gennaio 2008. 2.12. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa, del 100%, in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Per potere beneficiare del diritto ad una rendita occorre che l'assicurato, dopo l'anno di carenza, presenti un grado d'invalidità (quindi un'incapacità questa volta di guadagno) ai sensi dell'art. 28 LAI. Dall'art. 29 cpv. 1 lett. b vLAI (nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) e, a partire dal 1° gennaio 2008, dall'art. 28 cpv. 1 LAI, la giurisprudenza ha infatti dedotto che, in caso di stato patologico labile, esiste un'interazione tra, da una parte, la nascita del diritto alla rendita e, d'altra parte, la sua entità e le basi di calcolo, benché sono applicabili delle condizioni differenti. Pertanto, un'incapacità lucrativa del 40% almeno imputabile a un'affezione labile non fonda alcun diritto, qualora non vi sia stata preliminarmente un'inabilità lavorativa perlomeno equivalente durante il precedente anno di carenza. Al contrario, un'incapacità lavorativa del 40% almeno nel corso di un anno non è di per sé sufficiente a fare nascere un diritto, essa deve essere perciò seguita da un'incapacità di guadagno perlomeno equivalente.

Tutto ciò vale per tutti i tipi di rendita definiti dalla legge (art. 28 cpv. 1 LAI. Il tasso medio d'inabilità lavorativa durante un anno e l'incapacità lucrativa presente alla scadenza del periodo di carenza, devono essere cumulati e raggiungere il grado minimo legale necessario per far nascere il diritto alla rendita (DTF 121 V 274 consid. 6b/cc; STFA del 25 ottobre 2006 nella causa B., I 632/05, consid. 4.1 e del 17 agosto 2006 nella causa C., I 531/05 e I 543/05)). Nella fattispecie, dato che l'assicurato, come visto in precedenza, è stato inabile al lavoro in misura completa nella sua attività a partire dal mese di ottobre 2005 (cfr. consid. 2.11.), occorre ritenere che con il mese di ottobre 2006 è terminato l'anno di carenza. A quel momento, tuttavia, come esposto in precedenza (cfr. consid. 2.11.), l'assicurato era da considerare abile al lavoro al 100% in attività adeguate. Al fine di determinare il grado di incapacità lucrativa e, quindi, il grado di invalidità, l'UAI ha quindi, a giusta ragione, effettuato il raffronto dei redditi. Nel rapporto del 15 giugno 2007, la consulente incaricata, ritenuto un reddito da valido di fr. 75'525 (2005) e un reddito da invalido di fr. 54'939 – vale a dire fr. 57'830 (TA1 2005), cui apportare una riduzione del 5% per attività leggera – è giunta ad una percentuale di incapacità lavorativa del 27%, insufficiente per ottenere il diritto a prestazioni. L'assicurato ha contestato il raffronto dei redditi operato dall'amministrazione, criticando l'ammontare del reddito da valido preso in considerazione dall'UAI – pari a fr. 75'525 (2005) – che, a suo avviso, dovrebbe invece ammontare a fr. 83'741.60. Il patrocinatore ha infatti indicato che “l'assicurato non era indipendente in senso tecnico, bensì era dipendente quale muratore di una Sagl, segnatamente la _____ di _____”. Egli ha quindi chiesto “che venga conteggiato nel salario da valido l'utile ricavato nel corso del 2005 dalla _____, quantunque non ancora distribuito, che al conto economico figura essere per il 2005 di fr. 6'216.59, come pure l'indennità per il gerente della Sagl, che è stato posto ai passivi quale accantonamento e che quindi figura a tutti gli effetti quale debito della società e quale credito dell'assicurato” (doc. IV). 2.12.1. Nella decisione impugnata, a proposito del reddito da valido, l'UAI ha osservato: “ (...) In merito alle osservazioni riguardanti il calcolo del guadagno residuo (CGR), si ritiene che il salario da valido da noi preso in considerazione risulta giustificato, in quanto secondo le disposizioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) l'utile aziendale (fr. 6'216.59) non può essere preso in considerazione nel salario da valido, come pure l'indennità per il gerente (fr. 2'000), la quale non è stata dichiarata. Si ricorda inoltre che la cifra marginale 3014 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità indica che “sono considerati reddito determinante, senza invalidità e con invalidità, i redditi del lavoro presumibili sui quali sono stati riscossi i contributi AVS (art. 25 cpv. 1 OAI; RCC 1986 p. 432)”. Dall'estratto del conto individuale del signor RI 1 risulta, per l'anno 2005, un reddito pari a CHF 75'525.--, reddito quindi determinante per il confronto dei redditi in quanto è appunto il reddito su cui l'assicurato ha versato i contributi AVS.” (Doc. A2) L'amministrazione, nella risposta di causa, ha poi confermato la correttezza dell'importo del reddito da valido preso in considerazione per il raffronto dei redditi (cfr. doc. VI). La cifra marginale 3014 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) stabilisce che “s ono considerati reddito determinante, senza invalidità e con invalidità i redditi del lavoro presumibili sui quali sono stati riscossi contributi AVS (art. 25 cpv. 1 OAI; RCC 1986 p. 432). Non sono prese in considerazione altre fonti di reddito, quali i proventi del patrimonio, le rendite, le pensioni, le prestazioni di assistenza, gli assegni familiari e gli assegni per figli e i diritti nei confronti di altre assicurazioni (cfr. N. 3061 segg.)”. Dall'estratto del conto individuale dell'assicurato stilato dalla Cassa _____ il 12 dicembre 2006, risulta che l'assicurato

ha lavorato per la _____ dal 2001 al 2005, conseguendo, nel 2005, fr. 75'525 (cfr. doc. 7-7). Alla luce di questi dati, il TCA ritiene corretto il reddito da valido preso in considerazione dall'UAI. 2.12.2. Il reddito da invalido è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11.1; STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Il Tribunale federale ha inoltre ricordato che "nel caso di un invalido che, dopo l'insorgenza del danno alla salute, può compiere soltanto lavori leggeri e non impegnativi dal punto di vista intellettuale, il relativo reddito è di principio determinato in base alla media del salario lordo (valore totale) conseguibile per attività semplici e ripetitive (livello di esigenza 4 sul posto di lavoro) nel settore privato in conformità alle tabelle A dell'ISS (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 240/99 del 7 agosto 2001 consid. 3c/cc, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 pag. 347; cfr. pure DTF 129 V 472 consid. 4.2.1. pag. 476 con riferimento)" (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008) 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). 2.12.3. 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%): " 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 10 kg repetitiv und vereinzelt über 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. 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 (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 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. 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). 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 hievor), 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. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia U 420/04 del 25 luglio 2005, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per contro, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale - chiamato peraltro, in talune

circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.12.4. In concreto, nel rapporto del 15 giugno 2007, la consulente incaricata ha applicato al reddito da invalido una riduzione percentuale del 5% per attività leggera (doc. 16-3). Tale percentuale di riduzione può essere confermata dal TCA. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che per costante giurisprudenza il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2006, partendo da un salario da invalido di fr. 57'751.08 e ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 54'863.53. Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 75'525 (consid. 2.12.1) emerge un tasso d'invalidità del 27,36% arrotondato al 27% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita d'invalidità allo scadere dell'anno di carenza, come stabilito dall'amministrazione nella decisione impugnata. 2.13. Come visto in precedenza (cfr. consid. 2.11.), nel mese di agosto 2007 l'assicurato ha subito un peggioramento delle sue condizioni di salute, a seguito del quale ha dovuto subire un intervento in artroscopia alla spalla destra per impingement sottoacromiale. Tale peggioramento lo ha reso inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività fino al 31 dicembre 2007, dopodichè egli, pur continuando ad essere totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività, ha ritrovato, a partire dal 1° gennaio 2008, una piena capacità lavorativa in attività adeguate, come stabilito dal dr. _____ (cfr. doc. 37-3). A fronte di tali circostanze, l'UAI, nella decisione impugnata, ha indicato: "(...) Considerato che dall'inizio dell'insorgenza del danno alla salute lei ha presentato diversi periodi e percentuali d'inabilità lavorativa e incapacità al guadagno, la pratica viene valutata a norma della cifra marginale 2017 e seguenti della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, applicando il calcolo della media retrospettiva. L'anno di carenza con inabilità lavorativa, rispettivamente di incapacità

di guadagno, di almeno il 40% in media (art. 28 LAI), viene raggiunto a far capo dal 1.10.2007.” (Doc. A2) L’Ufficio AI è giunto a tale risultato sulla base dei seguenti calcoli:

	2005	2006	2007	2008	Mensile	Annuo	mensile	annuo
gennaio	100%	33.33%	27%	39.17%	34%	58.00%		
febbraio	100%	41.67%	27%	33.08%	34%	58.58%		
marzo	100%	59.17%	27%	27.00%	34%	59.75%	27%	27.00%
aprile	27%	52.25%	27%	27.00%	34%	59.75%	27%	27.00%
maggio	34%	60.33%	27%	27.00%	34%	60.92%	27%	27.00%
giugno	27%	56.75%	27%	27.00%	34%	60.92%	27%	27.00%
luglio	27%	27.00%	34%	61.50%	27%	61.25%	100%	33.08%
agosto	27%	61.25%	100%	33.08%	34%	56.00%	27%	27.00%
settembre	27%	63.50%	100%	39.17%	34%	50.50%	100%	45.25%
ottobre	100%	27%	57.42%	100%	45.25%	34%	45.00%	27%
novembre	100%	27%	51.33%	100%	51.33%	34%	39.50%	100%
dicembre	100%	25.00%	27%	45.25%	100%	57.42%	34%	34.00%

(Doc. 46/1) Sulla base di queste considerazioni, l’UAI ha quindi attribuito all’assicurato, a partire dal 1° ottobre 2007, “un quarto di rendita di invalidità limitatamente al 31 dicembre 2007 (art. 88 a cpv. 1 OAI – tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute, con ripristino della capacità lavorativa completa in attività idonee ed un grado d’invalidità fissato al 34%)” (cfr. doc. A2). Il TCA non può confermare tale modo di procedere dell’UAI. Innanzitutto, a mente di questo Tribunale, l’amministrazione, per la determinazione dell’anno di carenza, ha preso in considerazione, a torto, i diversi tassi d’incapacità lucrativa anziché, come sarebbe invece stato corretto, i gradi d’incapacità lavorativa (cfr. consid. 2.4). Proprio tenendo conto di tale aspetto, in corso di causa, il TCA ha interpellato l’UAI, chiedendo le seguenti precisazioni: " Dalla documentazione agli atti, rileviamo che, con decisione del 25 giugno 2009, avete attribuito all’assicurato un quarto di rendita dal 1° ottobre 2007 al 31 dicembre 2007, poi soppressa a partire dal 1° gennaio 2008 (doc. A1). Rileviamo pure che avete proceduto al calcolo della media retrospettiva, tenendo conto della incapacità lucrativa anziché dell’incapacità lavorativa (cfr. tabella doc. 46-1, doc. 47-1 e doc. A1). Rileviamo inoltre che l’assicurato è stato inabile al lavoro al 100% in tutte le attività dal mese di agosto 2007 fino al 31 dicembre 2007 (cfr. doc. 35-1 e doc. 37-3), mentre a partire dal 1° gennaio 2008 è abile al lavoro al 100% in attività adeguate (cfr. doc. 37-3). Vi chiediamo, alla luce di questi elementi, di volerci comunicare se confermate il diritto dell’assicurato ad un quarto di rendita dal mese di ottobre 2007, dettagliandone i motivi. Vi chiediamo inoltre di precisare se confermate la soppressione della rendita a partire dal 1° gennaio 2008 e per quali motivi.” (Doc. XII) Con scritto del 23 marzo 2010, l’UAI ha risposto: " 1. Calcolo della media retrospettiva: inizio del diritto a prestazioni AI Dagli atti all’incarto emerge una inabilità lavorativa dell’assicurato nella precedente attività di muratore del 90% dal 1° ottobre 2005 con recupero di una abilità lavorativa piena unicamente in attività adeguate alle limitazioni funzionali poste dal 1° aprile 2006. Alla scadenza dell’anno d’attesa, quindi dall’ottobre 2006, l’assicurato non ha maturato diritto a rendita alcuna, osservato che il grado AI definito al 27% era inferiore al minimo richiesto dalla LAI del 40%. L’assicurato non ha ricevuto alcuna decisione da parte dell’AI in merito a quanto sopra. Nuovamente dal 1° agosto 2007 l’assicurato è stato ritenuto inabile totalmente al lavoro in ogni tipo di attività (causa parziale rottura del tendine alla spalla destra). Dal lato medico è stata giustificata una inabilità lavorativa totale per i successivi due-tre mesi dall’intervento avvenuto in data 3 ottobre 2007. Osservato che in base all’art. 29 cpv. 1 lett. b vLAI il diritto alla rendita nasce il più presto nel momento in cui l’assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media e che l’ammontare della rendita che verrà versata dipende dal grado d’incapacità di lavoro durante il periodo di carenza e di quello dell’incapacità di guadagno residua dopo i 360

giorni (ad esempio una rendita intera potrà essere riconosciuta solo se l'incapacità media di lavoro durante l'anno di carenza è stata di due terzi almeno e se in seguito sussiste un'incapacità di guadagno di perlomeno pari grado (RCC 1980 p. 263)), ne consegue che per il caso in oggetto l'assicurato ha maturato diritto a prestazioni AI già dal 1° agosto 2007 con diritto alla rendita intera AI (grado del 100%). Pertanto, l'inizio del diritto a rendita AI va corretto in tal senso.

2. Soppressione del diritto a rendita AI Come anticipato precedentemente, dal lato medico è stato giustificato un periodo di inabilità lavorativa totale dell'assicurato dal momento dell'intervento alla spalla destra subito il 3 ottobre 2007 " per 2-3 mesi dall'intervento ", come indicato nell'annotazione SMR del 5 settembre 2007.

Anche lo specialista che ha operato l'assicurato, dr. med. _____, ha indicato nel suo rapporto operatorio del 3 ottobre 2007 di " evitare lavori pesanti con uso della spalla al di sotto dell'orizzontale per 2 mesi ". Inoltre, il SMR, dopo avere visitato l'assicurato in data 28 febbraio 2008, ha confermato il ripristino della capacità lavorativa totale in attività adeguate dal 1° gennaio 2008. In considerazione dell'art. 88a cpv. 1 OAI prima frase, se la capacità al guadagno 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. Come anche indicato da Valterio in " Droit et pratique de l'assurance-invalidité " [Les prestations], pag. 229, con riferimento appunto all'art. 88a cpv. 1, prima frase, OAI, " (...) la rente doit être réduite ou supprimée lorsque l'exercice d'une activité lucrative est raisonnablement exigible ". In tal senso, osservate le chiare indicazioni mediche, l'Ufficio AI ha ritenuto di sopprimere il diritto a rendita AI con effetto dal 1° gennaio 2008, conformemente all'art. 88a cpv. 1, prima frase, OAI. La soppressione a tale momento è confermata dallo scrivente Ufficio." (Doc. XIII) Il nuovo calcolo proposto dall'UAI sia con riferimento all'entità della rendita - ossia una rendita intera per un grado AI del 100% - sia con riferimento al momento a partire dal quale l'assicurato ha diritto ad una simile rendita - vale a dire dal 1° agosto 2007, può essere fatto proprio dal TCA. Questo Tribunale non concorda invece sul momento a partire dal quale il diritto alla rendita deve venire soppresso. Come esposto correttamente anche dall'amministrazione, infatti, essendo lo stato di salute dell'interessato migliorato a partire dal 1° gennaio 2008 - momento a partire dal quale egli ha recuperato una piena capacità lavorativa in attività adeguate, come indicato dal SMR - i tre mesi dopo il subentrare della totale capacità lavorativa dell'assicurato, ex art. 88a cpv. 1 OAI, vengono a scadere il 31 marzo 2008 (cfr. SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 632/05 del 25 ottobre 2006).

L'UAI avrebbe quindi dovuto effettuare un nuovo raffronto dei redditi con riferimento al 2008, al fine di verificare se, a quel momento, l'assicurato aveva ancora diritto ad una rendita di invalidità oppure no. Va infatti ricordato che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87

cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. 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. 88 a 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 (art. 88 a 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Dal raffronto tra il reddito da valido, aggiornato al 2008, di fr. 79'207.28 – ossia fr. 76'431.30 (2006) aggiornati al 2008 (+ 1.6% per il 2007 e +2% per il 2008, cfr. tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali, dei prezzi al consumo e dei salari reali, 1990-2008, pubblicati sul sito dell'Ufficio federale di statistica) e quello da invalido di fr. 50'982.05 – secondo i dati di cui alla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, secondo la quale il ricorrente, svolgendo nel 2008 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. 4'806. Riportato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 9-2008, p. 98), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 x 12), cui apportare una riduzione del 15% - si ottiene un tasso d'invalidità del 35.63% arrotondato al 36% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita d'invalidità. Pertanto, alla luce di questi dati, ritenuto il miglioramento della capacità al guadagno, occorre concludere che l'assicurato ha diritto, a norma dell'art. 88 a cpv. 1 OAI, ad una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo compreso fra il 1° agosto 2007 e il 31 marzo 2008 (tre mesi dopo il miglioramento subentrato nel gennaio 2008, cfr. art. 88a OAI). A partire dal 1° aprile 2008, l'assicurato non ha invece più diritto a prestazioni. La decisione impugnata va dunque modificata nel senso che l'assicurato ha diritto ad una rendita intera di invalidità dal 1° agosto 2007 al 31 marzo 2008 e non ad un quarto di rendita dal 1° ottobre 2007 al 31 dicembre 2007 come stabilito dall'amministrazione. 2.14. L'assicurato ha chiesto l'esecuzione di una perizia neurologica/neurochirurgica e psichiatrica (cfr. doc. IV). Al proposito va ribadito che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, secondo questo Tribunale, la documentazione agli atti è sufficiente per statuire

nel merito della vertenza senza che si rivelino necessari ulteriori provvedimenti probatori . Non è pertanto necessario procedere alle valutazioni peritali richieste. 2.15. Parzialmente v incente in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale , ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPGGA). 2.16. S econdo 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, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 200.-- in misura di fr. 50.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 150.-- a carico del ricorrente.

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