

TI_GERICHTE 32.2014.16 vom 16. Dezember 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-12-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.16

FR: TI_GERICHTE 32.2014.16 du 16 décembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2014.16 del 16 dicembre 2013

Regeste

Su rinvio del TF, UAI ha accertato che l'ass. si è accontentato di un reddito inferiore alla media. TCA ha esaminato la capacità lavorativa confermando l'esito perizia pluridisciplinare. Calcolo grado AI considerando che non è possibile parallelismo dei redditi siccome ass. si è accontentato. AI:47%

Erwägungen

E. 18

giugno 2014 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici con redattrice: Tanja Balmelli , vicecancelliera segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 29 gennaio 2014 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 16 dicembre 2013 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto Aa. Il 5 gennaio 2009 (doc. 3) RI 1, nato nel 1955, attivo ancora al 50% come muratore, ha chiesto prestazioni AI per adulti a seguito dell'infortunio professionale alla mano sinistra avvenuto il 16 febbraio 2007, evento assunto dall'assicuratore infortuni. Ab. L'Ufficio assicurazione invalidità ha intrapreso i necessari accertamenti e sulla scorta del rapporto finale del 20 agosto 2010 (doc. 83) della consulente in integrazione, con la decisione del 16 settembre 2010 (doc. 86) l'Ufficio AI ha respinto la richiesta di prestazioni, essendo stata presentata tardivamente. L'amministrazione ha stabilito un grado d'invalidità del 45% e quindi dal 1° febbraio 2008 è insorto il diritto al quarto di rendita. Tuttavia, visto che la domanda AI è stata presentata tardivamente (5 gennaio 2009), il versamento di una prestazione transitoria, che avrebbe potuto insorgere dal 1° febbraio 2008 (ossia dopo un anno di attesa dall'inizio dell'inabilità lavorativa - 2007), avrebbe potuto avvenire unicamente dal 1° luglio 2008 (recte : 2009), ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta AI. L'Ufficio AI ha inoltre rilevato che qualora la nuova inabilità del 50% in qualsiasi attività presente dal 1° marzo 2010 per motivi psichici dovesse perdurare, avrebbe rivalutato il diritto alle prestazioni dal marzo 2011, ovvero trascorso l'anno d'attesa. Ac. Con ricorso del 12 ottobre 2010 (inc. n. 32.2010.287) l'assicurato ha postulato una rendita intera dal 1° marzo 2011 in virtù dei certificati medici prodotti che attestano un'inabilità iniziale del 100%, poi del 50% e di nuovo del 100% dal 16 novembre 2009, contestando quindi il risultato della perizia psichiatrica dell'8 luglio 2010 (inabilità lavorativa del 50% in qualsiasi attività). Ad. Con pronuncia del 7 febbraio 2011 (doc. A5) il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha accolto ai sensi delle considerazioni esposte il ricorso presentato dall'assicurato, sempre rappresentato da RA 1, riconoscendogli il diritto a tre quarti di rendita (grado d'invalidità del 63%) con effetto dal 1° marzo 2010. Ritenuto da un canto un reddito da valido di Fr. 47'322.- nel 2008 aggiornato a Fr. 48'750,60 nel 2010 e, d'altro canto, un reddito da invalido di Fr. 57'672.-

secondo la tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica (livello di qualificazione 4) rispettivamente di Fr. 61'938,11 per il 2010 tenuto conto di 41,7 ore settimanali, considerato che il reddito che l'assicurato avrebbe percepito lavorando a tempo pieno come muratore era considerevolmente inferiore (del 26,37%) a quello statistico svizzero conseguito in quel preciso settore professionale e quindi i medesimi fattori che hanno influenzato negativamente il reddito da valido devono essere considerati anche per fissare il reddito da invalido (cosiddetto principio del parallelismo dei dati da porre a confronto: DTF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.4), riducendo del 21,37% il reddito da invalido (cioè il reddito percepito dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute divergeva di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore: DTF 135 V 297 consid. 6.1.2) e deducendo un importo del 13% per tenere conto delle circostanze specifiche del caso concreto, il TCA ha ricavato un grado di invalidità del 63% e ha quindi assegnato una rendita AI di tre quarti dal 1° marzo 2010. Ae. Contro il giudizio cantonale l'Ufficio AI è insorto al Tribunale federale, chiedendo preliminarmente la concessione dell'effetto sospensivo e, nel merito, la conferma dell'attribuzione di un quarto di rendita dal 1° marzo 2010. Af. Con sentenza del 10 novembre 2011 (9C_205/2011, pubblicata in RtiD 2012 II pag. 414), l'Alta Corte ha accolto il ricorso dell'autorità amministrativa, nel senso che, annullati il giudizio del TCA e la decisione impugnata dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del 16 settembre 2010, ha rinviato la causa all'amministrazione perché proceda conformemente ai considerandi e si pronunci di nuovo sul grado di invalidità dell'assicurato, fermo restando il diritto di quest'ultimo ad un quarto di rendita con effetto dal 1° marzo 2010 (doc. 119-46). In particolare, il Tribunale federale ha concluso il proprio giudizio esponendo al consid. 8.4 le seguenti considerazioni: " Da quanto sopra discende che questa Corte non dispone di elementi sufficienti per statuire sul grado di invalidità dell'assicurato, segnatamente sull'ammontare degli elementi da porre a confronto; di conseguenza il ricorso dell'amministrazione dev'essere accolto, in quanto il giudizio impugnato si fonda su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, violando il principio inquisitorio e quindi il diritto federale (sentenza 9C_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3). Il giudizio impugnato e la decisione amministrativa vanno pertanto annullati e l'incarto rinviato all'amministrazione affinché stabilisca se l'assicurato intendeva o meno accontentarsi di un reddito inferiore alla media. In caso di risposta negativa, andrà ancora esaminato se è ammissibile ritenere che da invalido l'assicurato possa percepire un reddito medio oppure se motivi estranei all'invalidità non permettono di concludere in tal senso. Alla luce degli accertamenti esperiti, l'UAI statuirà nuovamente sul grado di invalidità dell'intimato, tenuto conto del fatto che il diritto ad un quarto di rendita non è contestato. Al riguardo va precisato che pure la questione della deduzione da apporre al reddito da invalido va rivista, in quanto la riduzione del 13% non è motivata e pertanto non è conforme al diritto federale (in particolare al diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost.); non è infatti dato di sapere quali motivi sono stati posti alla base della riduzione e quindi non è neppure possibile contestare correttamente il provvedimento.". B. L'Ufficio assicurazione invalidità ha posto in atto gli accertamenti richiesti dal Tribunale federale acquisendo nuova documentazione sia medica (docc. 143, 146, 147, 148, 150, 154, 155), facendo anche esperire una perizia pluridisciplinare a fine estate 2013 (docc. 170, 173, 179), sia economica (doc. 152). Raccolto il rapporto finale del Servizio Medico Regionale del 22 novembre 2013 (doc. 181) ed i successivi complementi (docc. 183 e 185), sentito il consulente in integrazione professionale (doc. 161) l'Ufficio AI ha emesso il 16 dicembre 2013 (doc. B) una nuova decisione che conferma il diritto dell'assicurato ad un quarto di rendita (grado

AI: 45%) dal 1° marzo 2010, così come già riconosciuto dall'amministrazione stessa nelle more del precedente ricorso dell'assicurato al TCA (32.2010.287) ed anche dal Tribunale federale con sentenza del 10 novembre 2011. L'UAI ha ritenuto un'incapacità lavorativa del 60% dal 1° luglio 2013 nella precedente attività di muratore (era totale fino alla perizia pluridisciplinare) e dall'aprile 2012 un'incapacità lavorativa del 50% (rendimento ridotto) in altre attività adeguate, fermo restando alcuni limiti funzionali. Dal profilo economico, il reddito da valido di muratore indipendente è stato fissato in Fr. 49'214.- (stato al 2011), mentre quello statistico da invalido in Fr. 61'894,77 che, ridotto del 50% per riduzione di rendimento e del 13% per limitazioni personali, dà un reddito da invalido determinante di Fr. 26'924,22, dato che la riduzione prevista dal parallelismo percentuale dei redditi non va applicata, essendosi egli accontentato di entrate inferiori alla media svizzera di riferimento lasciando il posto di lavoro come dipendente ed intraprendendo l'attività di muratore indipendente. La perdita di guadagno sopportata dall'assicurato a causa della sua inabilità lavorativa è stata dunque calcolata nel 45%. Di conseguenza, l'amministrazione ha respinto la richiesta di aumento della rendita di invalidità, confermando il diritto ad un quarto di rendita dal 1° marzo 2010. C. Contro questa decisione RI 1, tuttora patrocinato da RA 1, il 29 gennaio 2014 (doc. I) ha formulato ricorso a questo Tribunale, chiedendo da una parte l'annullamento del provvedimento e, d'altra parte, il riconoscimento di una rendita intera oppure di tre quarti. Il ricorrente ha evidenziato che " deve essere considerato inabile al lavoro in misura del 100%, non solo a causa delle conseguenze dell'infortunio sulla base della certificazione medica, agli atti, ma principalmente, in quanto lo stato di salute del nostro assistito si è aggravato, a causa di problemi psicologici come risulta dal rapporto medico della Dr.ssa _____ (agli atti), di conseguenza riteniamo che il grado del 45% con un quarto di rendita AI non può essere applicabile. (...) " (doc. I pag. 2). Inoltre, l'insorgente ha affermato che l'Ufficio AI non ha comprovato un miglioramento del suo stato di salute e che la valutazione dei periti non è motivata, perciò va eseguita una nuova perizia medica. D. Nella risposta del 26 febbraio 2014 (doc. IV) l'Ufficio assicurazione invalidità ha confermato l'inapplicabilità della riduzione percentuale del reddito statistico da invalido (parallelismo dei redditi) e le conclusioni peritali dal profilo medico (50% abilità lavorativa residua), proponendo così di respingere il ricorso. L'insorgente non ha formulato osservazioni al riguardo (doc. V). considerato in diritto in ordine 1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007). nel merito 2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita,

mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI 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%. In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Secondo l'art. 28a cpv. 2 LAI, l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (art. 28a cpv. 3 LAI). 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5). 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., pag. 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 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione) 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 LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; DTF 128 V 174). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1, I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr., inoltre, STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.2).

3. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, 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. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGa. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo

ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 4. 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; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), al considerando 3b, 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. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)". Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti 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 I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella sentenza del 4 luglio 2007 (I 384/06), 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4)". 5. Nel caso di specie l'UAI, dopo aver richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e dopo avere sottoposto l'assicurato ad una perizia medica pluridisciplinare, con la decisione impugnata ha confermato il diritto del ricorrente ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° marzo 2010. Il raffronto fra il reddito conseguito senza invalidità ed il reddito ottenibile in un'attività ragionevolmente esigibile, tenuto conto sia di una riduzione del 50% per un'abilità lavorativa esigibile al 50% sia del 13% per la possibilità di svolgere determinate attività stanti le limitazioni espresse dai periti, ha dato luogo ad una perdita di guadagno (grado d'invalidità) del 45%. Nel ricorso l'assicurato sostiene che la sua incapacità lavorativa è peggiorata dal profilo sia fisico sia psichico, perciò egli ha diritto ad una rendita intera di invalidità o, semmai, di tre quarti. L'insorgente ha quindi postulato che sia effettuata una nuova perizia medica che accerti il suo attuale grado di invalidità, visto che i periti intervenuti non hanno comprovato, a suo dire, il presunto miglioramento delle sue condizioni di salute. 6. Raccolta diversa

documentazione medica presso i curanti dell'assicurato da cui risulta un'inabilità lavorativa (psichica) totale, mentre in precedenza l'esigibilità residua era del 50% in attività adatte, nel giugno 2013 l'Ufficio AI l'ha sottoposto ad una perizia medica pluridisciplinare tramite il Servizio Accertamento Medico. Il dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, ha visitato l'assicurato il 20 agosto 2013 e nel suo rapporto del 28 agosto seguente (doc. 179/48) lo specialista ha esposto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, professionale, attuale, i dati soggettivi con le affezioni attuali, i dati oggettivi con lo status reumatologico e l'esito degli esami radiologici, per concludere con le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa e la determinazione del grado di capacità di lavoro nell'ultima attività professionale svolta ed in altre attività adatte. La diagnosi posta è di sindrome lombo-vertebrale su alterazioni degenerative plurisegmentali interessanti i segmenti L4-L5 ed L5-S1 con osteocondrosi a questi segmenti, nonché leggere alterazioni statiche con scoliosi destro-convessa toracale e sinistro-convessa lombare; dolori alla zona del tenar di sinistra in stato dopo frattura pluriframmentaria del radio nonché dell'osso scafoideo sinistro e osteosintesi in data 20 febbraio 2007; esiti di frattura dell'ala iliaca del bacino e del pilastro anteriore dell'acetabolo sinistro, persistenza dei dolori a livello inguinale, leggera limitazione funzionale nonché stato dopo osteosintesi il 20 febbraio 2007. Secondo il perito, i disturbi principali dell'assicurato sono da mettere ancora in relazione con quanto già sofferto negli anni scorsi (cfr. perizia dr. med. _____). L'assicurato presenta dei disturbi prevalentemente al carico ed alla deambulazione in salita ed in discesa facendo le scale, all'inguine sinistro senza grosse limitazioni della mobilità dell'anca sinistra. Dal punto di vista oggettivo il reumatologo ha concluso che non si può determinare un peggioramento dei reperti rispetto alle valutazioni antecedenti dei colleghi che l'hanno visitato, si ha piuttosto l'impressione di una situazione stabilizzata con un buon decorso. Pertanto, l'interessato è stato ritenuto dal dicembre 2009 abile al 40% come muratore (riduzione del rendimento del 60%), mentre abile al 100% in un'altra attività che rispetti determinati limiti funzionali, così come stabilito dal collega _____. Non vi sono peggioramenti significativi delle condizioni di salute dell'assicurato né dal punto di vista clinico né radiologico, quindi nessun incremento delle incapacità professionali. La prognosi per quanto riguarda le problematiche degenerative alla colonna vertebrale è da considerarsi moderatamente favorevole, per quanto riguarda le problematiche post-infortunistiche pure favorevole. Il dr. med. _____, specialista neurologia FMH, ha esaminato il ricorrente il 6 agosto 2013 e nel rapporto della successiva settimana (doc. 179-40) ha riassunto gli antefatti dall'infortunio del 2007 agli ultimi accertamenti medici del 2013, ha esposto lo stato neurologico, la valutazione neuropsicologica ed i risultati della ENG effettuata, ponendo la diagnosi di lievi deficit neuropsicologici nell'ambito di una probabile sindrome ansioso-depressiva. L'attuale stato neurologico è risultato del tutto nella norma, senza sequele senso-motorie del trauma del 2007, così come l'esame ENG del nervo mediano sinistro, escludendo quindi una neuropatia del nervo mediano sinistro. Assenti anche segni di una radicolopatia cervicale e lombare. L'esperto ha esposto i risultati della valutazione neuropsicologica, concludendo che rispetto alla valutazione neuropsicologica eseguita dalla dr.ssa _____ nel 2010 l'attuale valutazione è nettamente migliorata, attualmente sono presenti globalmente deficit cognitivi di entità lieve, presumibilmente legati alle difficoltà di attenzione e concentrazione. Non è emersa la sindrome di Korsakov diagnosticata nel 2010, neanche la sindrome psico-organica di media entità, netto miglioramento delle facoltà cognitive anche rispetto alla valutazione successiva della psichiatra curante senza evidenza attuale di anomalie della memoria visuo-spaziale. Il

risultato al Mini Mental Status è di 28/30 punti, contro i precedenti test di 21/30 punti eseguiti presso la dr.ssa _____, mentre sempre nel 2010 l'assicurato aveva effettuato il medesimo test presso la dr.ssa _____ raggiungendo il punteggio di 26/30. Queste oscillazioni documentano l'assenza di una base organica rilevante dei deficit cognitivi, molto presumibilmente i pessimi risultati ottenuti presso la psichiatra curante erano legati direttamente alla sindrome ansioso-depressiva con conseguente difficoltà di concentrazione ed attenzione, così pure dei disturbi del sonno presenti in passato. Con il nuovo trattamento farmacologico in atto, invece, la qualità del sonno sarebbe nettamente migliorata, determinando a sua volta un miglioramento cognitivo. Globalmente i deficit attuali neuropsicologici sono di entità lieve, principalmente legati ai deficit di attenzione e concentrazione con ripercussione sulla memoria verbale. La capacità lavorativa è dunque del 100% in qualsiasi attività. Il perito dr. med. _____, psichiatra e psicoterapeuta FMH, ha visitato l'assicurata il 4 ed il 18 settembre 2013 ed il 2 ottobre 2013 (doc. 179-57) ha reso il suo referto, ponendo la diagnosi di depressione di media gravità (ICD10-F32.1), pregressa dipendenza dalle bevande alcoliche. Dalla fine del 2009 l'interessato ha manifestato una sintomatologia depressiva associata a disturbi del sonno e della sfera cognitiva e dall'inizio del 2010 è seguito a livello specialistico. Nonostante la presa a carico specialistica ed il cambiamento delle cure farmacologiche e cognitive comportamentali proposte dai curanti, l'assicurato non sembra essere granché migliorato, manifestando una problematica psichica caratterizzata da un tono dell'umore deflesso pressoché continuo e non influenzato dalle circostanze con una perdita di piacere per le attività, mancanza di iniziative, difficoltà a tradurre in atto i propri propositi e diminuita energia da spendere nella vita quotidiana anche a causa del sonno disturbato e quindi non ristoratore. La sintomatologia depressiva è risultata associata ad un'asserita confusione descritta come presente durante tutto l'arco della giornata, da collegare presumibilmente in parte ai deficit cognitivi riscontrati ed in parte alla riduzione della capacità di adattamento ai cambiamenti ambientali. Con il passare del tempo è da ritenere che la sospensione dell'attività lavorativa abbia portato ad un decondizionamento che ha nuociuto anche a livello di autostima. Tenuto conto dell'importanza della problematica depressiva è da ritenere che i deficit cognitivi evidenziati siano piuttosto una manifestazione del quadro depressivo, non avendo palesato fino ad ora dei segni chiari di indebolimento cognitivo su base cerebrale organica né tantomeno da riferire ad una ipotesi diagnostica di Korsakov. Di conseguenza, l'attuale grado di capacità lavorativa è stato valutato nella misura del 50% in qualsiasi attività lucrativa. Gli esperti del Servizio Accertamento Medico interpellati dall'Ufficio AI hanno stabilito che nell'attività da ultimo esercitata di muratore indipendente l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'assicurato è del 40%, inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Le conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalle patologie reumatologiche e psichiatriche, mentre dal punto di vista neurologico e neuropsicologico non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. Secondo i periti del SAM, le incapacità lavorative riscontrate dagli specialisti non devono essere sommate, in quanto le patologie che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano delle riduzioni del rendimento che si sovrappongono: si ritiene che la limitazione della capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico non aumenta ulteriormente la già importante limitazione della capacità lavorativa dal punto di vista somatico. Pertanto, l'attuale grado di capacità lavorativa globale nell'attività da ultimo esercitata è del 40% dal dicembre 2009, quindi come già era stato determinato nel rapporto del 4 novembre 2010 del Servizio Medico Regionale. Questo stesso servizio, l'11 febbraio

2013, sulla base di nuova documentazione ha individuato un peggioramento dall'aprile 2012 con esigibilità residua del 50% in attività adatta ed incapacità lavorativa del 100% come muratore. Gli esperti del SAM ritengono che dal 1° luglio 2013 vale nuovamente una capacità lavorativa nella misura del 40%. Quanto alle conseguenze sulla capacità d'integrazione, tenendo in considerazione la capacità completa dal profilo reumatologico e l'incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico valutata nel 50% in qualsiasi attività, si giunge alla conclusione che in un'attività confacente allo stato di salute, che tiene in considerazione le limitazioni previste, la capacità lavorativa globale è del 50%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa (cfr. SMR del 4 novembre 2010), dal dicembre 2009. Nessun provvedimento d'integrazione professionale è indicato. Nel suo rapporto finale del 22 novembre 2013 (doc. 181) il dr. med. _____, medico SMR, ha ritenuto le diagnosi evidenziate dai periti SAM e ha confermato che dall'aprile 2012 al 30 giugno 2013 il grado di incapacità lavorativa nell'attività abituale era del 100%, mentre dal 1° luglio 2013 in poi si è fissato al 60% nel senso di riduzione del rendimento (capacità lavorativa del 40%). In attività adeguate, dall'aprile 2012 il grado di incapacità lavorativa è del 50%, nel senso di riduzione del rendimento, fermo restando determinate limitazioni funzionali (carico massimo 10kg, alternanza della postura, difficoltà nello svolgere lavori di precisione, necessità di pause supplementari).

7. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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 TF 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La Massima Istanza ha perciò ritenuto

necessario adottare dei correttivi a livello amministrativo ed a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza. Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), 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: " (...) 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, 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). 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, pagg. 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 segg.), 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 succitati 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). 8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le problematiche reumatologiche, neurologiche e psichiche sono state chiarite in modo soddisfacente dai periti del SAM. Vanno infatti ritenute in particolare le conclusioni a cui sono giunti lo specialista dr. med. _____, il dottor _____ e lo psichiatra _____ nella perizia pluridisciplinare del 14 novembre 2013, alla quale va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza citata (cfr. consid. 7). Questi esperti hanno attentamente valutato il ricorrente durante uno o più giorni, hanno vagliato la documentazione medica messa a disposizione dall'assicurato e dai suoi curanti appositamente interpellati, hanno eseguito degli esami personali ed obiettivi, ma hanno anche preso in considerazione lo status soggettivo dell'interessato. Dal canto suo, invece, il ricorrente non ha saputo comprovare, a mano di specifica e dettagliata documentazione medica, che il suo stato di salute fosse in realtà peggiore (inabilità del 100%) di quello ritenuto dal medico SMR (inabilità lavorativa del 50%). Egli si è limitato a rinviare al rapporto medico della dr.ssa med. _____ agli atti, senza tuttavia produrlo. Verosimilmente l'insorgente si riferisce all'ultimo certificato della sua psichiatra, ossia quello del 7 maggio 2013 (doc. 165-2), con cui la specialista ha attestato che " allo stato attuale e per tempo indeterminato continua l'incapacità lavorativa al 100% nella attività abituale ed anche in attività di tipo leggero. ". Questo certificato fa seguito a quello del marzo 2012 (doc. 134), in cui l'assicurato è stato attentamente valutato anche con dei test ed è emersa una difficoltà di apprendimento di informazioni visuo-spaziali e di memoria visuo-spaziale a lungo termine. La specialista ha inoltre riscontrato un deficit di memoria episodica a breve termine e a lungo termine, così come una difficoltà di apprendimento volontario di informazioni verbali strutturate. L'assicurato presentava pure una difficoltà di

flessibilità reattiva e una aprassia costruttiva, una difficoltà di rallentamento ideomotorio, di elaborazione delle informazioni ed una lieve difficoltà di attenzione selettiva. Secondo la psichiatra, le difficoltà mnemoniche potevano essere dovute alla difficoltà di elaborazione delle informazioni e al rallentamento ideomotorio dell'assicurato. Inoltre, la difficoltà di flessibilità reattiva inciderebbe sulle prestazioni dell'interessato, inducendolo a ripetere gli errori, evidenziando così la sua difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti ambientali. Quindi, l'assicurato potrebbe manifestare una difficoltà di adattamento ai cambiamenti della routine quotidiana. Il suo rallentamento ideomotorio (probabilmente dovuto allo stato depressivo) e l'affaticabilità clinicamente osservata durante le prove andrebbe ad influenzare, in ambito lavorativo, la sua efficienza in compiti complessi. Secondo il ricorrente, la valutazione dei medici interpellati dall'Ufficio AI non sarebbe motivata. D'avviso di questo Tribunale, l'insorgente erra invece in questa sua conclusione. Infatti, tutti gli specialisti che l'hanno visitato personalmente hanno approfonditamente valutato il suo stato di salute, ognuno dal punto di vista della rispettiva specializzazione. Sono pure stati condotti specifici esami sull'interessato e gli esperti del SAM, in possesso di tutta la documentazione medica concernente l'insorgente, hanno avuto modo di confrontarsi con essa e quindi anche con i pareri dei colleghi che l'hanno avuto in cura in precedenza. Per contro, l'assicurato non ha mai preso concretamente posizione sui rapporti dei periti del Servizio Accertamento Medico. In altre parole, i referti degli specialisti in reumatologia, neurologia e psichiatria, non sono mai stati confutati da altri specialisti interpellati dal ricorrente, seppure egli ne abbia avuto la possibilità. Come detto, l'insorgente si è (invece) limitato, nel suo atto ricorsuale, a rinviare ai precedenti pareri della dr. ssa med. _____, sua psichiatra curante. Al riguardo, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, le valutazioni dei periti hanno chiaramente apportato la prova di un miglioramento del suo stato di salute. Essi si sono infatti dettagliatamente pronunciati sulle condizioni di salute dell'assicurato, hanno esposto l'anamnesi, la diagnosi, lo status attuale, gli esiti degli esami effettuati ed infine la loro valutazione, confrontandosi anche con i referti allestiti dai medici curanti dell'interessato. Proprio a quest'ultimo proposito, va in particolare ricordato come il dr. med. _____, neurologo, si sia espresso sui test effettuati nel 2010 e nel 2012 dalla dr. ssa med. _____, analizzando i risultati conseguiti allora ed oggi e fornendo una spiegazione valida e convincente del miglioramento ottenuto dall'insorgente nei Mini Mental Status. Non è quindi vero che il miglioramento riscontrato dall'esperto sia immotivato, soprattutto alla luce del fatto che i test eseguiti dalla curante risalgono al 2010 ed al 2012, mentre quelli effettuati dal perito del SAM sono più recenti e prossimi al momento in cui è stata emanata la decisione dell'UAI poi impugnata dall'assicurato. Non va poi dimenticato come il reumatologo nominato dall'Ufficio AI non abbia determinato alcun peggioramento dei reperti, anzi, rispetto alle valutazioni antecedenti dei colleghi ha piuttosto avuto l'impressione di una situazione stabilizzata con un buon decorso. Il reperto radiologico non ha infatti evidenziato particolari disturbi che non erano già stati evidenziati nella precedente perizia del dr. med. _____ nel 2010. Dal profilo psichico, infine, il dr. med. _____ ha anch'egli diagnosticato, come la collega dr.ssa _____, una depressione di media entità. Il perito l'ha associata ad un'asserita confusione presente tutto il giorno, da collegare presumibilmente in parte ai deficit cognitivi riscontrati ed in parte alla riduzione della capacità di adattamento ai cambiamenti ambientali. Pertanto, non avendo palesato l'assicurato dei segni chiari di indebolimento cognitivo su base cerebrale organica né tantomeno da riferire ad una ipotesi diagnostica di Korsakov, i deficit cognitivi evidenziati sono piuttosto da ritenere una manifestazione del quadro depressivo, che rende

l'interessato abile al lavoro nella misura del 50%. Inoltre, la richiesta ricorsuale secondo cui il Tribunale dovrebbe sottoporre l'interessato ad una perizia medica che accerti il suo attuale grado di inabilità lavorativa e che gli si conceda una rendita intera del 100% (tuttavia, un medico può esprimere soltanto un giudizio medico sulle condizioni di salute di un assicurato e non può invece pronunciarsi anche sul grado di invalidità, visto che è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; quest'ultimo valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta al consulente, e non al medico, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274)), non può condurre all'erezione di una perizia (pluridisciplinare) da parte dell'amministrazione e/o ordinata da questo Tribunale come perizia superpartes. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). In concreto, la richiesta del ricorrente non è suffragata da sufficienti indizi medici oggettivi che suggeriscono di indagare l'esistenza di patologie reumatologiche e/o psichiche che gli impediscono di svolgere delle attività lucrative consone al suo stato di salute. Come visto, l'assicurato fa unicamente riferimento a dei referti medici della dr.ssa _____, che però sono precedenti alla perizia pluridisciplinare del SAM e quindi sono già stati attentamente vagliati dai periti nell'ambito della loro valutazione. Pertanto, la semplice indicazione di un'impossibilità di esercitare delle attività lucrative a causa di una inabilità lavorativa del 100% attestata dal suo medico curante nel maggio 2013, ma anche nel marzo 2012, non è sufficiente per essere ammessa come tale e quindi per giustificare di procedere a degli accertamenti medici. Non va infine dimenticato, alla luce della giurisprudenza suesposta concernente il valore probante dei referti medici, che gli specialisti del Servizio Accertamento Medico hanno visitato l'assicurato nelle vesti di periti, mentre la dr. med. _____ in qualità di suo medico curante. Tutto ben considerato, quindi, da un punto di vista reumatologico vanno confermate le dettagliate, chiare e complete conclusioni peritali del dr. med. _____, secondo cui come muratore il ricorrente aveva una diminuzione del rendimento del 60%, mentre in attività leggere ed adeguate, che tenessero conto delle limitazioni funzionali, l'assicurato era totalmente abile al lavoro. Lo stesso va detto del rapporto neurologico del dr. med. _____, che ha rilevato lievi deficit neuropsicologici nell'ambito di una probabile sindrome ansiosa-depressiva nell'assicurato dopo avere eseguito un'attenta valutazione. Dal profilo psichiatrico, poi, lo specialista dr. med. _____, che ha anch'egli redatto una perizia dettagliata che non è stata peraltro contraddetta da altri referti di parte più recenti, ha diagnosticato una sindrome depressiva di media gravità, che impediva l'assicurato di

lavorare nella misura del 50% in qualsiasi attività. Infine, la valutazione medico-teorica globale del perito SAM ha quindi stabilito nel 40% il grado di capacità lavorativa del ricorrente nella precedente attività dal dicembre 2009 fino al marzo 2012, poi dall'aprile 2012 al 30 giugno 2013 questo grado era nullo e dal 1° luglio 2013 in poi nuovamente del 40%. In attività adeguate, che tengono conto dei determinate limitazioni, dal dicembre 2009 la capacità lavorativa dell'assicurato è del 50%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa. Stante quanto precede, d'avviso del TCA, non vi sono quindi motivi per scostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM ed il medico SMR per quanto riguarda lo stato di salute dell'assicurato. Peraltro, senza un elemento che oggettivi il suo stato di salute, non è possibile, per il Tribunale, dare luogo a nuovi accertamenti quali per esempio perizie o complementi peritali. Come detto, il principio inquisitorio è infatti accompagnato dall'obbligo delle parti di collaborare e, nel caso concreto, l'insorgente non ha per nulla ottemperato a questo suo dovere, limitandosi a rinviare ad un rapporto medico peraltro già agli atti e quindi già oggetto di valutazione da parte degli esperti del SAM. Generiche affermazioni di un ipotetico, siccome non comprovato, peggioramento del suo stato di salute rispetto a quello ritenuto dagli esperti del SAM, non sono dunque sufficienti. Inoltre, la documentazione agli atti contenendo le necessarie indicazioni ai fini decisionali, neppure si giustifica, come richiede l'insorgente, un complemento istruttorio di carattere medico a carico del Tribunale. In tali circostanze, le lagnanze dell'assicurato devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. Il Servizio Medico Regionale dell'AI, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato dalla perizia pluridisciplinare. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurato in sede ricorsuale e va dunque posto alla base del presente giudizio. Il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente. Esaminati dunque i certificati medici prodotti, questo Tribunale deve pertanto concludere che il ricorrente non ha reso verosimile che la sua incapacità lavorativa si è modificata in misura rilevante per il diritto alle prestazioni ai sensi dell' art. 87 cpv. 3 e 4 OAI, nel senso di un ulteriore - e verosimilmente duraturo - peggioramento intervenuto tra la decisione di concessione del quarto di rendita dal marzo 2010 e la decisione di rifiuto di aumento del grado d' invalidità. 9. Riconosciuto il valore invalidante delle affezioni di cui soffre il ricorrente, va evidenziato che dal dicembre 2009 egli può comunque svolgere a tempo pieno altre attività confacenti al suo stato di salute, con resa del 50%. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGa. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e

soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 U 168 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Si tratta quindi ora di esaminare dal profilo economico le conseguenze del danno alla salute subito dall'assicurato. 10. Accertata quindi dal medico SMR una capacità lavorativa del 50% dal dicembre 2009 in ogni tipo di attività lucrativa stanti i limiti funzionali stabiliti dal perito SAM, preso atto del rapporto finale SMR del 22 novembre 2013 (doc. 181), rettificato il 5

dicembre 2013 (doc. 183), visto il parere del consulente in integrazione professionale del 16 aprile 2013 (doc. 161) - reso prima della valutazione del SAM, la quale però conferma il parere del medico SMR dell'11 febbraio 2013 (doc. 157) -, l'Ufficio AI ha dettagliatamente analizzato la situazione economica dell'assicurato antecedente l'inabilità lavorativa e per la determinazione del grado d'invalidità ha utilizzato il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute nella professione precedente (reddito da valido) con quello risultante da un'attività leggera non qualificata desunto dai salari statistici (reddito da invalido), ottenendo un grado d'invalidità del 45%, ritenuta una riduzione del rendimento del 50% e del 13% per motivi personali. Per quanto concerne l'importo del reddito ipotetico da invalido da porre alla base del calcolo, va rammentato che in una sentenza resa in ambito LAINF pubblicata in DTF 128 V 174 seg., il TFA ha stabilito che per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione), quindi il mese di dicembre 2011. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222 in SVR 2003 IV Nr. 24; STFA inedita 26 giugno 2003, consid. 3.1, I 600/01, STFA del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA del 9 agosto 2002, consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 consid. 4.2, I 475/01). 11. Riguardo al reddito da valido, il cui importo non è del resto stato criticato in sede di ricorso, l'Ufficio AI l'ha quantificato in Fr. 48'750,60 per l'anno 2010. Questo importo rispecchia il reddito da valido determinato dal TCA nel suo precedente giudizio del 7 febbraio 2011 e dal TF nella sentenza del 10 novembre 2011. 12. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). 13. 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, da alcuni anni questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA 13). L'Alta Corte ha però 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, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) 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) (...)".

Questo tema è stato di definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). 14. In ossequio alla più recente giurisprudenza federale, occorre, in assenza di dati salariali concreti, basarsi sui dati statistici nazionali. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2010, ultima edizione disponibile (cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla citata tabella TA1, si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività leggera e ripetitiva (ossia il livello 4 di qualificazione) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 58'812.- (Fr. 4 '901.- x 12 mesi). Questo dato si riferisce, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando così questa cifra su un orario medio di lavoro settimanale di 41,6 ore computabili nel 2010 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: *La Vie économique*, 4-2014, pag. 90), il salario lordo medio ipotetico da invalido ammonta a Fr. 61'164,48 (Fr. 58'812.- : 40 x 41,6), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). L'Ufficio assicurazione invalidità, al quale il Tribunale federale ha rinviato gli atti con sentenza del 10 novembre 2011 (9C_205/2011 pubblicata in *RtiD* 2012 II pag. 414) per stabilire se l'assicurato intendeva o meno accontentarsi di un reddito inferiore alla media, ha ritenuto, dopo avere analizzato nel dettaglio la situazione lavorativa dell'assicurato, che egli abbia posto fine ad un rapporto di lavoro quale dipendente perché ha ricevuto una proposta migliore da parte di un altro datore di lavoro. In seguito, vista la sua versatilità nell'offerta dei servizi e le sue capacità professionali, egli ha deciso di intraprendere l'attività in proprio. Secondo l'UAI, l'interessato, avviando l'attività indipendente nel settore edile, si è accontentato delle entrate inferiori alla media svizzera di riferimento, privilegiando l'aspetto indipendente/imprenditoriale proprio dell'attività indipendente (doc. B consid. 3). Per questo motivo, secondo l'amministrazione, non è possibile adottare il principio del parallelismo dei redditi e ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008 ed alla STF 8C_44/2009 sopra menzionate, nonché alla DTF 135 V 297. Al riguardo, il Tribunale federale (STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014) ha avuto modo di confermare che se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello

stesso ambito professionale (cfr. ad esempio RtiD 2009-II pag. 194, 9C_83/2008) - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 134 V 322). Questa giurisprudenza intende garantire che i due redditi di riferimento vengano stabiliti sulla medesima base. Ora, se una persona assicurata realizzava nell'attività svolta senza danno alla salute un salario considerevolmente inferiore alla media poiché le sue qualità personali rendevano impossibile il conseguimento di un salario medio, non si può presumere che la stessa persona con il pregiudizio alla salute possa realizzare (anche solo in proporzione) un salario medio. Di conseguenza, se si prende in considerazione un salario senza invalidità che per i detti motivi si situava considerevolmente al di sotto della media, allora si deve tenere conto degli stessi fattori estranei all'invalidità anche per determinare il reddito ipotetico da invalido. Il parallelismo dei redditi tiene così conto della circostanza che la persona assicurata, da invalida, non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscerle un salario da invalida conseguentemente più basso. Non si giustificerebbe in effetti in alcun modo contrapporre a un reddito senza invalidità nettamente al di sotto della media (nazionale) un reddito da invalido medio (nazionale: SVR 2007 UV n. 17 pag. 56, U 75/03) realisticamente irrealizzabile. Per converso, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4 pag. 61 segg.; cfr. pure sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 4.4). I dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Nel caso concreto, come visto, non essendoci una presunzione in tal senso (STF 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 8.4 in RtiD 2012 II pag. 414), l'UAI è stato chiamato a chiarire questa circostanza. Alla luce degli accertamenti economici esperiti dall'Ufficio AI e delle argomentazioni espresse nella decisione impugnata del 16 dicembre 2013, d'avviso del TCA può essere qui ritenuto che il ricorrente, per motivi estranei all'invalidità, si sia deliberatamente accontentato di un reddito considerevolmente inferiore a quello che avrebbe potuto ottenere nel settore specifico (STF 9C_21/2014 consid. 4.3). In tale evenienza, dunque, il parallelismo dei redditi non è applicabile alla fattispecie e, pertanto, il reddito statistico ipotetico da invalido va confermato, per l'anno 2010, in Fr. 61'164,48. 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. L'Alta Corte 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). Con

sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato: " 5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheitskontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.). 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...)". Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha applicato una riduzione del 5% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere ed una riduzione dell'8% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, ritenuta pure la capacità lavorativa ridotta del 50% (doc. 162-2). Per contro, in virtù della citata giurisprudenza e tenuto conto delle importanti limitazioni funzionali, occorre prendere in considerazione delle diminuzioni del 5% rispettivamente del 10%, peraltro più favorevoli al ricorrente, ossia una diminuzione globale massima del 15%. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante a Fr. 61'164,48 nel 2010 va ritenuto nella misura del 50% ($Fr. 61'164,48 \times 50 : 100 = Fr. 30'582,24$) stante la ridotta capacità lavorativa esigibile in altre attività adeguate ed in seguito questo nuovo reddito va diminuito del 15% ($Fr. 30'582,24 - [Fr. 30'582,24 \times 15 : 100]$) per tenere conto delle circostanze personali, ottenendo così l'importo di Fr. 25'994,90. Il reddito ipotetico da invalido dell'assicurato di Fr. 25'994,90 va confrontato con l'ammontare di Fr. 48'750,60 corrispondente al reddito che l'assicurato avrebbe conseguito da valido nell'anno 2010 per un'attività a tempo pieno senza il danno alla salute. Da ciò risulta un'incapacità al guadagno del 46,68% ($[Fr. 48'750,60 - Fr. 25'994,90] : Fr. 48'750,60 \times 100$), che deve essere arrotondata al 47% (DTF 130 V 121). Questo stesso grado di invalidità va ritenuto per gli anni seguenti, giacché applicando il medesimo fattore di rincaro sia al reddito da valido sia al reddito statistico da invalido il risultato non muta. In conclusione, dal 1° marzo 2010 il ricorrente ha diritto ad un quarto di rendita di invalidità (grado 47%). 15. Stante quanto precede, la pretesa dell'insorgente di ottenere una rendita intera o di tre quarti non può essere accolta. La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso respinto. 16. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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