

TI_GERICHTE 32.2014.35 vom 14. Februar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-02-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.35

FR: TI_GERICHTE 32.2014.35 du 14 février 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.35 del 14 febbraio 2014

Regeste

Riduzione della rendita AI da intera a 1/4 in seguito a riconsiderazione. Decisione iniziale manifestamente errata poiché fondata su un grado d'invalidità evinto da una transazione tra l'assicurato e l'assicuratore LAINF, senza effettuare un raffronto dei redditi

Erwägungen

E. 12

febbraio 2003 la _____ ha stabilito il guadagno annuale del ricorrente ai sensi dell'art. 24 cpv. 2 OAINF, ossia, dal 1° marzo 2002 al 28 febbraio 2003, fr. 64'226.80, compresi gli assegni familiari (doc. _____ 8-1) e l'11 aprile 2003 le parti hanno sottoscritto una transazione da cui emerge che il ricorrente è “ d'accordo che per le conseguenze dell'infortunio del 18.4.97 riguardante in particolare schiena e piede destro mi sia riconosciuta dalla _____ una rendita d'invalidità del 70% (settanta) a decorrere dal 1.5.2003 ” (doc. LAINF 9-1). Il 18 giugno 2003 la _____ ha emesso la decisione formale tramite la quale ha affermato che “ conformemente all'accordo dell'11.4.03, concediamo una rendita d'invalidità del 70% dal 1.5.03 ” (doc. _____ 10-3). L'8 luglio 2003 un funzionario dell'UAI ha rilevato che “ il 18.04.1997 l'A. è caduto da un tetto dall'altezza di ca. 12 metri, si procura una frattura instabile di L5, una frattura del lato destro, così come diverse contusioni. Dal 01.05.2003 la _____ ha riconosciuto una rendita con un grado del 70%. Considerato che la _____ ha sempre riconosciuto l'IG del 100% dalla data dell'infortunio (aprile 1997) fino alla data della decisione, concediamo dal 01.04.1998 (dopo un anno di attesa) una rendita intera AI con un grado del 70% ” (doc. AI 50-1). L'11 luglio 2003 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato che “ visto l'assenza d'elementi extra infortunistici possiamo concedere la rendita intera come proposto ” (doc. AI 51-1). Con decisione del 24 settembre 2003 l'UAI ha assegnato una rendita intera dal 1° aprile 1998 (doc. AI 55-5), affermando che “ dall'esame della documentazione medica acquisita agli atti AI, con particolare riferimento all'incarto _____ si rileva che il danno alla salute di cui l'assicurato è portatore comporta una totale incapacità di guadagno e di lavoro in qualsiasi attività ” (doc. AI 52-1). Il

E. 15

aprile 2013 il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver riesaminato l'incarto ha affermato che la “ valutazione SMR del 11.07.2003 è errata nel senso che abbiamo ripreso una valutazione _____ basata su una transazione; è esatto invece che non vi erano fattori extrainfortunistici ” (doc. AI 147-1). La decisione del 24 settembre 2003 dell'UAI è di conseguenza fondata sulla transazione effettuata in ambito LAINF, senza alcun raffronto dei redditi per calcolare il grado d'invalidità. Con sentenza I 409/01 del

E. 18

aprile 2002, emanata prima della decisione dell'AI del 24 settembre 2003, l'allora TFA ha rammentato che: « 3.- a) Dans un arrêt ATF 126 V 288, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence concernant la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Il a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans ces différentes branches (cf. art. 22 du projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA] du 27 septembre 1990), ainsi que son effet de coordination dans l'évaluation de l'invalidité. En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 175 s. consid. 2a). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 s. consid. 2d). Dans l'arrêt ATF 119 V 468, le Tribunal fédéral des assurances avait considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 119 V 474 consid. 4a).» (sottolineature del redattore)

Nella citata sentenza l'Alta Corte, con riferimento alla DTF 112 V 174, ha in sostanza affermato che se il grado d'invalidità è stabilito in una transazione tra un altro assicuratore sociale e la persona assicurata, l'UAI non è vincolato e deve, di principio, procedere con una valutazione autonoma. In DTF 112 V 174 l'Alta Corte ha rilevato che “ quando l'INSAI determina il grado d'invalidità mediante transazione non si giustifica di far dipendere il tasso stabilito dall'AI da quello stabilito dall'INSAI ” (cfr. consid. 2a: “ Nach der Verwaltungs- und Gerichtspraxis darf für den gleichen Gesundheitsschaden in der Invalidenversicherung grundsätzlich kein anderer Invaliditätsgrad angenommen werden als in der Unfallversicherung. Von diesem Grundsatz muss aber u.U. abgewichen werden, so z.B. wenn die SUVA nicht einen Einkommensvergleich angestellt, sondern eine Abfindungssumme zugesprochen hat oder wenn sie die Rente bereits bei ihrer Festsetzung abgestuft oder befristet hat oder wenn der von der SUVA geschätzte Invaliditätsgrad auf einem Rechtsfehler oder auf einem nicht vertretbaren Ermessensentscheid beruht (Rz. 288.1 WIH; BGE 109 V 23 , BGE 106 V 88 Erw. 2b; ZAK 1983 S. 116) ” e “ Die Vorteile eines verlässlichen Abklärungs- und Beurteilungsapparates gehen nun aber verloren, wenn die Festsetzung des Invaliditätsgrades nicht direkt auf den Abklärungsergebnissen beruht, sondern in einer Kompromisslösung von anderweitigen, meist nicht näher bekannten Faktoren beeinflusst und mitbestimmt wird. Daran ändert inhaltlich nichts, wenn der abgeschlossene Vergleich anschliessend in einer formellen Verfügung bestätigt wird. Es entfällt dann die Rechtfertigung dafür, die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung an diejenige der SUVA bzw. der Militärversicherung zu binden ”). In DTF 126 V 288 l'allora TFA, pur ponendo il principio secondo il quale il medesimo danno alla salute, di

principio, da diritto al medesimo grado d'invalidità in ambito LAI, LAINF e LAM (cfr. DTF 126 V 288, consid. 2a), lo ha nel contempo relativizzato, stabilendo che sia l'assicuratore contro gli infortuni che l'assicuratore AI devono stabilire il grado d'invalidità autonomamente, in particolare laddove il grado d'invalidità dell'assicuratore contro gli infortuni si fonda su una transazione (cfr. DTF 126 V 288 consid. 2b: "[...] Ohne Auswirkungen hat der von einem Unfallversicherer angenommene Invaliditätsgrad auch zu bleiben, wenn dieser bloss auf einem Vergleich beruht (BGE 112 V 175 f. Erw. 2a) [...] " e consid. 2d: "[...] Anlass für ein Abweichen von einer bereits rechtskräftigen Invaliditätsschätzung eines andern Versicherers könnten hingegen, nebst den bereits in Erw. 2b aufgeführten, von der bisherigen Rechtsprechung anerkannten Gründen, äusserst knappe und ungenaue Abklärungen sowie kaum überzeugende oder nicht sachgerechte Schlussfolgerungen bieten [...] "; cfr., ma emessa successivamente alla decisione del 24 settembre 2003, anche la DTF 133 V 549, consid. 6.1). Alla luce della giurisprudenza valida all'epoca dell'emissione della decisione formale del 24 settembre 2003, l'UAI non avrebbe pertanto potuto limitarsi a riprendere il grado d'invalidità stabilito dall'assicuratore contro gli infortuni nell'ambito di una transazione con il ricorrente, senza prima eseguire una valutazione specifica della capacità lavorativa del ricorrente in attività leggere e confacenti al suo stato di salute ed effettuare l'abituale raffronto dei redditi. Nella misura in cui l'UAI ha ripreso la transazione sottoscritta dalla _____ e dal ricorrente senza effettuare il raffronto dei redditi, malgrado già in data 19 novembre 2001 il dr. med. _____ avesse indicato la possibilità per l'interessato di svolgere un'attività leggera con le limitazioni ivi descritte (cfr. doc. _____ 7), la decisione del 24 settembre 2003 è manifestamente errata.

2.5. Per quanto concerne il calcolo del grado d'invalidità, l'insorgente non contesta che all'epoca avrebbe potuto guadagnare, nella migliore delle ipotesi, quale reddito da valido, fr. 62'030 (cfr. doc. 8-1 incarto _____: 64'226,80 – 2'196 [assegni familiari]; guadagno annuale dal 1.3.2002 al 28.2.2003). Circa il reddito da invalido, all'epoca non era in vigore la giurisprudenza secondo la quale 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 (cfr. sentenza 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; sentenza I 222/04 del 5 settembre 2006). Nella sentenza 32.2005.100 del 10 marzo 2006 il TCA, circa il raffronto dei redditi valido all'epoca dell'emanazione della decisione del 24 settembre 2003, ha rammentato: " (...) Per quel che concerne il reddito da invalido, va precisato che lo stesso deve essere 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 come nel caso in esame 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 di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratiche VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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 che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). In applicazione dei succitati criteri, nella sentenza pubblicata in SVR 2001 IV Nr. 35 questo Tribunale ha precisato che, conformemente ai dati statistici salariali pubblicati dall'Ufficio federale di statistica (L'enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tabella TA 13), il salario ipotetico nel 1998 conseguibile in attività leggera adeguata esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, che possono, come detto, arrivare al massimo al 25%, riportato su 41,9 ore, ammonterebbe a fr. 45'390 nel settore privato (rispettivamente fr. 47'929 nel settore pubblico e privato) per gli uomini e a fr. 33'587 (rispettivamente fr. 33'725.--) per le donne. Va poi evidenziato che il TFA ha ritenuto non criticabile l'utilizzo della citata tabella TA 13, che si riferisce ai salari statistici presenti nelle grandi regioni della Svizzera, al posto di quella relativa ai valori nazionali (tabella TA 1) (STFA non pubblicata del 13 giugno 2003 in re G., I 475/01, consid. 4.4; del 10 agosto 2001 in re. R., I 474/00, consid. 3c/aa; del 27 marzo 2000 in re P., I 218/99, consid. 3c e del 28 aprile 1999 in re T., I 446/98, consid. 4c. Vedi anche STFA inedita 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02, consid. 6.4, in cui l'Alto Tribunale ha lasciato aperta la questione a sapere se devono essere applicati i valori regionali oppure quelli nazionali). Conformemente ai dati statistici salariali (valore mediano) relativi al 2002, il salario ipotetico conseguibile in attività semplice e ripetitiva esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, riportato su 41,7 ore (La vie économique 9/2004, Tabella B9.2), nel settore privato corrisponde a fr. 51'266.-- (fr. 4'098 : 40 x 41,7 x 12) per gli uomini e fr. 40'945.-- (fr. 3'273 : 40 x 41,7 x 12) per le donne (Tabella TA 13 privato), mentre che nel settore privato e pubblico l'ammontare è di fr. 52'755.-- (fr. 4'217 : 40 x 41,7 x 12) per gli uomini e fr. 41'195.-- (fr. 3'293 : 40 x 41,7 x 12) per le donne (Tabella TA 13 privato e pubblico)." In concreto raffrontando il reddito da valido di fr. 62'030 con quello da invalido di fr. 51'266, pur volendolo ridurre del 25%, applicando dunque, per pura ipotesi di lavoro, la deduzione massima, a fr. 38'450, si raggiunge un grado d'invalidità del 38% che, all'epoca, non avrebbe dato diritto a nessuna rendita. Per cui, essendo la decisione del 24 settembre 2003 manifestamente errata e rivestendo la modifica una notevole importanza, di principio la rendita va soppressa. La riconsiderazione della decisione, contrariamente a quanto sembra ritenere l'insorgente, è di conseguenza fondata sull'art. 53 LPGA e non sul cpv. 1 delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 (6a revisione AI, primo pacchetto di misure). Ritenuto inoltre che la rendita non era stata attribuita sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata, quest'ultimo disposto non troverebbe comunque applicazione, indipendentemente dalle condizioni poste dal cpv. 4. 2.6. Occorre ancora ricordare che la modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPGA; STF 9C_768/2010 del 10 novembre 2010 consid. 2.2; I 859/05 del 10 maggio 2006 consid. 2.3; I 222/02 del 19 dicembre 2002 consid. 5.1). Al fine di stabilire eventuali modifiche dello stato di salute valetudinario nel frattempo intervenute, l'insorgente è stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare del SAM (neurologica: dr. med. _____,

reumatologica: dr. med. _____; psichiatrica: dr.ssa med. _____, doc. AI 140). I periti, il 30 novembre 2012, dopo aver descritto gli atti medici, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale e patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica e le constatazioni obiettive, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale cronica con componente lombospondilogenica cronica attualmente a sinistra in alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide lombare (stenosi foraminale a destra L4-L5 su pseudospondilolistesi di L4 su L5, protrusione discale L5-S1), esiti da frattura vertebrale instabile di L5 il 18.4.1997, con laminectomia, decompressione L5 e riposizione cruenta, osteosintesi L4-S1 tramite Dynablock, il 18.4.1997, esiti d'asportazione dei mezzi di sintesi il 5.2.1998, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con scoliosi sinistro-convessa dorsale, iperlordosi lombare); periartropatia omero scapolare con sintomatologia di attrito bilaterale, nota piccola lesione obliqua al corno posteriore del menisco mediale a destra (MRI del 7.9.2012), disturbi residui al retro piede destro in esiti da frattura trasversa del collo del talo con sublussazione, il 18.4.1997, esiti da riposizione, stabilizzazione con chiodo di Kirschner e vite canulata della frattura del collo del talo del piede destro, il 22.4.1997, esiti da asportazione del materiale di osteosintesi il 5.2.1998, esiti da revisione sottotolare a destra con asportazione di osteofiti, tripla artrodesi di riorientamento del retro piede, chilectomia della caviglia destra per artrosi sottotolare della caviglia destra, il 7 dicembre 1999 e la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di probabile meralgia parestetica bilaterale, tabagismo cronico e obesità. Gli specialisti hanno anche potuto evidenziare che: " L'A. descrive che effettivamente dall'1.1.2006 lavora presso la ditta _____ (_____). Come descritto nel rapporto del datore di lavoro del 17.8.2010 l'A. esegue la coordinazione dei montaggi, tracciamenti, controllo dei lavori in esecuzione dai colleghi, contatti con i clienti, richiesta di materiali e istruzioni necessarie al montaggio. L'attività contempla sovente la coordinazione dei cantieri ed il controllo di qualità, talvolta lettura disegni, coordinazione clienti e tracciamenti, raramente aiuto al montaggio. Lavora 8,2 ore al giorno con rendimento del 30%. Era stato assunto già con il danno alla salute, con capacità lavorativa del 30%. Deve sovente sollevare o portare pesi fino a 10 kg, talvolta fino a 25 kg, raramente oltre 25 kg. Sovente sta in piedi o cammina. Raramente seduto. L'A. precisa che lavora come capo-cantiere assieme a diversi operai della ditta, anche fuori dal Canton Ticino. Negli ultimi tre-quattro anni l'A. ha quasi sempre lavorato nella zona di _____: assieme agli operai parte il lunedì mattina con ritorno il venerdì pomeriggio pernottando in albergo. Tale attività viene svolta tuttora." (doc. AI 140-8) I periti del SAM hanno evidenziato che sulla base di quanto descritto dal consulente reumatologo l'attività attualmente esercitata non soddisfa i limiti funzionali e di carico profilati dal Servizio Medico _____ il 19.11.2001, rispettivamente quelli segnalati in questa valutazione peritale, per cui questo lavoro non può essere considerato adatto allo stato di salute dell'interessato. Circa le conseguenze sulla capacità lavorativa, i periti evidenziano che dal punto di vista neurologico e psichiatrico viene valutata una piena capacità lavorativa. Dal punto di vista reumatologico: " (...) rispetto alla valutazione medico _____ del 19.11.2001 può essere ritenuta di nuova insorgenza la periartropatia omero scapolare bilaterale con sintomatologia di attrito. Il nostro consulente non può affermare con certezza che le gonalgie mediali a ds. siano effettivamente causate dalla piccola lesione obliqua al corno posteriore del menisco mediale. Stando ad un questionario per il datore di lavoro del 17.8.2010, l'A. dall'1.1.2006, è attivo durante 8,2 ore al giorno con un rendimento del 30% sui cantieri, dove deve sollevare e portare sovente pesi fino a 10kg, talvolta fino a 25kg, raramente oltre 25kg, stando sovente in piedi o

camminando, raramente seduto; questa attività non soddisfa i limiti funzionali e di carico profilati dal Servizio medico _____ della _____ il 19.11.2001 rispettivamente quelli segnalati in questa perizia, per cui questo lavoro non può essere considerato adatto allo stato di salute. Anche secondo il nostro consulente neurologo rispetto a quanto descritto nella valutazione _____ del 19.11.2001 non vi sono modifiche oggetto dello stato clinico, in particolare per quel che riguarda gli aspetti neurologici. (...) Riassumendo, sulla base di quanto descritto sopra, dal punto di vista fisico e psichico, si ritiene che l'attività attualmente esercitata dall'A. non soddisfa i limiti funzionali di carico profilati dal Servizio Medico _____ della _____ il 19.11.2001, rispettivamente quelli segnalati in questa valutazione peritale, per cui questo lavoro non può essere considerato adatto allo stato di salute, anche se l'A. esercita tale professione dall'1.1.2006 durante 8,2 ore al giorno con un rendimento del 30%, come descritto dal datore di lavoro" (doc. AI 140-24) Circa la capacità d'integrazione gli specialisti, dopo aver descritto i limiti funzionali hanno stabilito che tenendo in considerazione che dal punto di vista neurologico e psichiatrico viene valutata una capacità lavorativa piena, " in un lavoro pienamente rispettoso dei limiti funzionali e di carico sopratracciati, l'A. è ritenuto globalmente abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa di otto-nove ore, ma con una diminuzione del rendimento del 25%, dovuta ai dolori costanti presenti portanti ad un rallentamento dei movimenti, questo a decorrere dall'1.1.2006, allorché l'A. riprendeva un'attività lavorativa non adatta al suo stato di salute " (doc. AI 140-25), ciò sulla base di quanto stabilito dal dr. med.

_____, specialista FMH reumatologia, che ha pure affermato che " rispetto alla valutazione medico _____ della _____ del 19.11.2001 può essere ritenuta di nuova insorgenza la periartropatia omero scapolare bilaterale con sintomatologia di attrito " (doc. AI 140-39). Interpellato dal medico SMR, dr. med. _____, per stabilire se la situazione valetudinaria del ricorrente ha subito modifiche rispetto alle valutazioni del

E. 19

novembre 2001 del dr. med. _____, il dr. med. _____ ha affermato: " (...) valutando i referti constatati durante la visita medica di chiusura presso la _____ con relativi limiti funzionali e di carico pronunciati, il 19.11.2001, aspetti descritti nel mio rapporto peritale del 24.9.2012 a pagina 3, osservando quanto da me constatato sempre nello stesso scritto, del 24.9.2012, notiamo che la situazione non si è notevolmente modificata a tal punto da ritenere una differente valutazione dei limiti funzionali. Nel suo scritto del 23.1.2013 leggo inoltre che il medico del servizio medico regionale dell'AI Dr. _____, le sottopone alcune osservazioni sulle esigibilità nell'attuale attività lavorativa del signor RI 1, svolta con tempi di lavoro normale e rendimento al 30% comprendente per la maggior parte attività direttive e organizzative e solo raramente movimenti o gesti che non entrano nei limiti funzionali; va detto che la mia valutazione della capacità nell'ultima attività principale espletata si basava su quanto dichiarato nel questionario per il datore di lavoro del 17.8.2010, ossia che l'assicurato doveva sollevare e portare sovente pesi fino a 10 kg, talvolta fino a 25 kg, raramente oltre 25 kg, doveva stare sovente in piedi o camminare, raramente seduto; un lavoro con quest'ultime caratteristiche, prendendo atto dei limiti funzionali e di carico da me profilati, non poteva essere ritenuto adatto allo stato di salute presentato; ovviamente qualora il lavoro fosse esclusivamente di tipo organizzativo e direttivo, l'attività svolta dall'assicurato sarebbe esigibile nelle modalità attuali e senza pericolo di peggioramento dello stato di salute" (doc. AI 144-3) Il 15 aprile 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato che " dal 19.11.2001 la situazione non è sostanzialmente cambiata, si è aggiunta la periartropatia delle spalle, che però non modifica

i limiti funzionali, essendo gli stessi per la patologia della colonna e della caviglia destra. La valutazione SMR del 11.07.2003 è errata nel senso che abbiamo ripreso una valutazione _____ basata su una transazione; è esatto invece che non vi erano fattori extrainfortunistici. La decisione di far partire i limiti dal 01/2006, è stata presa dai periti del SAM, basandosi sulla data in cui l'A. ha iniziato la sua attività (lavoro a orario normale con rendimento del 30%) sempre nell'ambito della metal costruzione, ma con mansioni adattate e rendimento ridotto" (doc. AI 147-1). Il 9 dicembre 2013 il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, ha scritto all'UAI, affermando: " (...) Penso che da lui non si possa pretendere di più in quanto a reinserimento sul lavoro in quanto la situazione è già sfruttata al massimo. A titolo informativo dal lato medico allego la valutazione del collega Dr. _____ datata 21.03.'11 e segnalo che il paziente usufruendo di un certo periodo in Ticino si recherà dal collega per una valutazione anche della spalla che ha cominciato a fare problemi dopo l'ultima valutazione SAM del 2012. Nel settembre 2012 era prevista una valutazione ortopedica per quanto riguarda il ginocchio destro che verrà recuperata presso il Dr. _____ ortopedia a _____. (...)" (doc. AI 161-1) Il 15 gennaio 2014 il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna e malattie reumatiche, dopo aver posto la nota diagnosi, ha tra l'altro affermato: " (...) si tratta di un paziente che avevo visto nel 2011. Il paziente attualmente lavora al 30% presso una ditta di montaggi a _____ e beneficiava di una rendita al 70% che ultimamente è stata soggetta di una revisione con perizia del SAM, annullamento della rendita secondo la base di valutazioni sbagliate della capacità lavorativa in passato. Il paziente riferisce di un netto peggioramento della situazione. (...) Ho eseguito una Rx della colonna lombare che ha mostrato una situazione invariata. Il paziente ha voluto raggiugli in merito al problema dell'inabilità, io non posso eseguire una contro-perizia in assenza di qualsiasi documento; penso che sarà comunque difficile cambiare il parere dell'AI alla luce anche dei cambiamenti avvenuti ultimamente a livello amministrativo legislativo. Si tratta soprattutto di un problema a livello legale con perizie con conclusioni completamente diverse. Posso sicuramente dire che il paziente è abile al massimo al 30% nell'ambito di un lavoro di metal-costruttore, rimane aperta la possibilità di una maggiore abilità nell'ambito di un lavoro più leggero, dove possa cambiare regolarmente postura e non debba sollevare pesi." (doc. A4) Il 24 marzo 2014 il dr. med. _____ medico SMR, ha preso posizione sostenendo che " dall'attuale documentazione non risulta una modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla valutazione SAM" (doc. IV/1). 2.7. 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. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (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 (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 nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che il 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: " (...) 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." (...) 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).

2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, non ha motivo per mettere in dubbio la perizia pluridisciplinare del SAM del 30 novembre 2012 che ha concluso che l'insorgente in un'attività adatta e confacente al suo stato di salute è incapace al lavoro al 25%. Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a loro disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita effettuata presso di loro. Al referto va attribuita piena forza probante.

2.9. L'interessato contesta le valutazioni peritali e, con l'ausilio dei referti del 9 febbraio (recte: dicembre) 2013 del dr. med. _____, FMH medicina interna (doc. A3) e del 15 gennaio 2014 del dr. med. _____, FMH medicina interna e malattie reumatiche (doc. A4), sostiene di essere incapace al lavoro anche in attività leggere. La citata documentazione non è tuttavia atta a sovvertire le convincenti conclusioni peritali. Le valutazioni del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, curante dell'insorgente, si esauriscono in una descrizione dello stato di salute e in affermazioni generali circa un assertedo peggioramento dello stato valetudinario, tuttavia non oggettivato. Da parte sua il dr. med. _____, oltre ad eseguire "una Rx della colonna lombare che ha mostrato una situazione invariata" non ha escluso che l'insorgente possa svolgere attività leggere ed ha anzi affermato che "è abile al massimo al 30% nell'ambito di un lavoro di metal-costruttore" e che "rimane aperta la possibilità di una maggiore abilità nell'ambito di un lavoro più leggero, dove possa cambiare

regolarmente postura e non debba sollevare pesi ” (doc. A4). Va del resto rammentato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, di esacerbazione del male, tende a farsi un’idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). In una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l’assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). In concreto non vi sono motivi per scostarsi dalle conclusioni della perizia del SAM del 30 novembre 2012 secondo cui l’interessato, in attività leggere e confacenti al suo stato di salute, è abile al lavoro a tempo pieno con riduzione del rendimento del 25%, a partire dal mese di gennaio 2006 (doc. AI 140). A questo proposito il consulente, dr. med. _____, ha evidenziato da una parte che rispetto alla valutazione del medico _____, dr. med. _____, del mese di novembre 2001, vi è l’insorgenza della periartropatia omero scapolare bilaterale con sintomatologia di attrito e, soprattutto, che la riduzione del rendimento dal 1° gennaio 2006 è dovuta ai “ dolori costanti presenti portanti ad un rallentamento dei movimenti ” e ciò, in sostanza, a causa della ripresa di un’attività lavorativa “ non adatta al suo stato di salute ” (doc. AI 140-39). Questa valutazione è stata fatta propria anche dai periti del SAM (doc. AI 140-25). La successiva presa di posizione del 4 febbraio 2013 circa la sostanziale stabilità della situazione si riferisce invece ai limiti funzionali (doc. AI 144-3: “ [...] valutando i referti constatati durante la visita medica di chiusura presso la _____ con relativi limiti funzionali e di carico pronunciati, il 19.11.2001, aspetti descritti nel mio rapporto peritale del 24.9.2012 a pagina 3, osservando quanto da me constatato sempre nello stesso scritto, del 24.9.2012, notiamo che la situazione non si è notevolmente modificata a tal punto da ritenere una differente valutazione dei limiti funzionali ”), come rileva anche il medico SMR, dr. med. _____, quando afferma che dal “ 19.11.2001 la situazione non è sostanzialmente cambiata, si è aggiunta la periartropatia delle spalle, che però non modifica i limiti funzionali (...) ” (doc. AI 147-1). Queste valutazioni sono infine state confermate anche dal medico SMR, dr. med. _____, il 23 marzo 2014 (doc. IV/1). A questo proposito, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPG - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell’art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per

la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Ne segue che l'insorgente, in attività adatte e confacenti al suo stato di salute va considerato completamente abile, con riduzione del rendimento del 25%. 2.10. L'assicurato sostiene che i medici non hanno indicato quale tipo di posizione o sforzo sarebbe esigibile, avendogli riconosciuto una notevole incostanza nella capacità di svolgere le funzioni di base e rileva di non comprendere quale attività adeguata potrebbe svolgere (doc. I, pag. 4). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. sentenza 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti; sentenza 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; sentenza U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (cfr. DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella originariamente esercitata. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schultess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se - ipotesi non realizzata nella fattispecie - l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 114). In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di

esercitare in maniera completa, con riduzione del rendimento del 25%. 2.11. Resta ora da esaminare se l'UAI ha effettuato correttamente il raffronto dei redditi. Per accertare il reddito senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (sentenze 13 giugno 2003 I 475/01 e 23 maggio 2000, U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). 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 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche sentenza del 30 dicembre 2002, I 56/02). Nel caso in esame l'UAI ha preso in considerazione un reddito da valido, di fr. 69'875, sulla base del contratto collettivo dell'edilizia dell' _____ del 2011 (cfr. doc. AI 159-3). Tuttavia, ritenuto che la riduzione della rendita ha effetto nel 2014, occorre aggiornare il reddito a fr. 71'214 (fr. 5'478 X 13; cfr. _____). 2.12. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso 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). 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, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con pronunzia del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 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) (...)". A questo proposito con sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 il TF ha affermato 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." In concreto, contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente, non può essere utilizzato il salario annuo di fr. 22'750 conseguito lavorando al 30%, poiché i periti hanno stabilito che questa attività non è esigibile e che l'interessato sfrutta al meglio la sua capacità lavorativa residua in un'attività leggera ed adatta al suo stato di salute. La richiesta dell'insorgente di richiamare l'ultima tassazione va di conseguenza respinta poiché tale documentazione non è necessaria per il calcolo del grado d'invalidità nel caso di specie. In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2010 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. 4'901.--, ossia fr. 58'812 all'anno (4'901 X 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999, U 274/98, p. 5 consid. 3a). Secondo la più recente giurisprudenza del TF (sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido occorre applicare la Tabella T1.1.10 (Indice dei salari nominali 2011-2013, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, Indice svizzero dei salari per ramo, in: <http://www.bfs.admin.ch>; cfr. anche tabella B 10.4, pubblicata in *La Vie économique*, 10-2014, p. 86). Il salario statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta pertanto a fr. 60'282 (Fr. 58'812 : 100 x 102,5) nel 2013, ultimo anno disponibile. Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando così queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale di 41,7 ore computabili nel 2013, il salario medio ipotetico da invalido ammonta a Fr. 62'844 (Fr. 60'282 : 40 x 41,7). Nel 2014 esso ammonterebbe a fr. 63'347 (62'844 + [0,8% di fr. 62'844]); cfr. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/quartal.html, dato relativo al II° trimestre 2014, ultimo disponibile). In concreto l'assicurato, avrebbe guadagnato da valido, nel 2014, fr. 71'214 (cfr. considerando precedente). Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cfr. Tabella TA1 p.to 41-43 "costruzioni": fr. 5'310 : 40 X 41.6 X 12 mesi = fr. 66'269 nel 2010; nel 2013: 66'269 : 100 X 102.3 = fr. 67'793; nel 2014: fr. 68'335 [67'793 + 0.8% di 67'793]). In concreto, già solo per l'assenza di un discapito economico, non sono realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido ai sensi della sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009. 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. 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 TF 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 ("Angemessenheits-kontrolle"). 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). (...) " L'amministrazione ha deciso una riduzione globale del 10% (8% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere e 2% per altri fattori di riduzione). In concreto il TCA, ritenuto che la riduzione complessiva, nel particolare caso di specie, rientra nei parametri giurisprudenziali, non vede alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa. Raffrontando il reddito da valido di fr. 71'214 con quello da invalido di fr. 63'347, ridotto del 25% a fr. 47'510 e poi del 10% a fr. 42'759, si ottiene un grado d'invalidità del 39.95% arrotondato al 40% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2, percentuale che dà diritto ad un quarto di rendita d'invalidità, come calcolato dall'UAI. La riduzione dalla rendita intera al quarto di rendita ha effetto dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione impugnata ai sensi dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI. Alla luce di quanto sopra il ricorso va respinto mentre la decisione impugnata deve essere confermata. 2.13. Secondo 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 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di

procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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