

BVGer C-4977/2010 vom 15. März 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-03-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4977_2010

FR: TAF C-4977/2010 du 15 mars 2011

IT: TAF C-4977/2010 del 15 marzo 2011

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

E. 2.1

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

E. 2.2

Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.- entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno

della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 3.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

E. 4

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni. Tuttavia, secondo le norme transitorie sulla V revisione della LAI (cfr. lettera circolare 253 del 12 dicembre 2007 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS]), se il caso d'assicurazione si realizza prima del 1° gennaio 2008, si applica il vecchio diritto; ciò significa che la persona assicurata può ancora presentare una domanda di prestazioni AI nei 12 mesi dopo l'insorgenza del diritto, senza subire la perdita di prestazioni (art. 48. cpv. 2 LAI; cfr. consid. 5). Se, di contro, il caso d'assicurazione sorge il 1° gennaio 2008 o dopo, è il nuovo diritto che si applica e, quindi, il diritto alla rendita si realizza dopo 6 mesi il deposito della domanda (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 5

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita l'8 febbraio 2008. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di 12 mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita l'8 febbraio 2007 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 9 giugno 2010, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità

della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 6

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 7.1

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 7.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 7.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute si è stabilizzato; la seconda lettera se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di 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 di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni

conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 7.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 8.1

Come risulta dal questionario compilato dall'ex datore di lavoro, l'interessato non ha più lavorato dopo il 30 novembre 2007. Il licenziamento è da imputare a ristrutturazione dell'azienda, egli era tuttavia già rimasto assente dal lavoro per malattia dall'8 gennaio al 15 marzo 2007, ha lavorato al 50% fino al 31 ottobre 2007 ed è di nuovo rimasto assente fino alla data del licenziamento effettivo. Il nominato svolgeva la sua mansione d'impiegato d'ufficio in una ditta di grossisti alimentari. Nel passato egli ha assunto mansioni di responsabilità nell'ambito di ditte dello stesso ramo (cfr. conti individuali e curriculum vitae).

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (28a cpv. 1 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi). In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

E. 8.3

Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

E. 9.1

Nel caso in esame è lecito ritenere la diagnosi posta in evidenza dai sanitari del SAM di Bellinzona. Nella loro relazione del 5 gennaio 2009 gli esperti incaricati hanno evidenziato: "Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: sindrome ansioso/depressiva con somatizzazioni d'ansia, miopia elevata, astigmatismo miopico bilaterale, ambliopia parziale, exanisometropia occhio destro, sindrome cervicovertebrale cronica intermittente in -alterazioni degenerative della colonna cervicale, tendenza fibromialgica, decondizionamento muscolare-, disturbi statici del rachide (appiattimento delle dorsale e della lombare, protrazione del capo, scoliosi sinistro convessa lombare). Diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro: Malattia coronarica trivasale con esiti di quintuplice bypass aortocoronarico del 14 aprile 1998, FRCV:ipertensione arteriosa, dislipidemia, familiarità, adipositas, pregresso abuso nicotinic; fattori di rischio psicosociali con influsso prognostico negativo. Depressione-, cardiopatia ipertensiva, ectasia aorta ascendente, stato dopo nefrocapsulectomia destra e linfanedectomia loco regionale per adenocarcinoma a cellule chiare stadio II (T2 N2 MO), pregressa calcolosi renale, nota iperplasia prostatica benigna, obesità con BMI 32 Kg/M2." La documentazione medica esibita in sede di audizione e di ricorso non pone in evidenza ulteriori turbe di rilievo. Trattasi, più che altro, di un diverso approccio diagnostico delle patologie in corso (cfr., segnatamente, le certificazioni dei Dott.ri Meroni, medico di fiducia dell'assicurata, Corbetta, specialista in oftalmologia, Camboni, specialista in psichiatria, Compagnoni, specialista in cardiologia). In questo ambito emerge soprattutto la diagnosi del Dott. Camboni che si distingue da quella esposta dal SAM (Dott. Mari); l'esperto di parte rileva un grave disturbo dell'adattamento. Non è rilevante tuttavia dirimere eventuali divergenze diagnostiche in modo assoluto, dal momento che l'assicurazione per l'invalidità non indennizza la malattia in quanto tale, quanto piuttosto le incidenze invalidanti (incapacità di guadagno) di un complesso patologico sufficientemente inquadrato.

E. 9.2

Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nelle versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma, legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno, durante un anno.

E. 10.1

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i pareri sono divergenti. L'amministrazione ha fatto eseguire una perizia approfondita al SAM di Bellinzona. Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità. Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c).

E. 10.2

La perizia del SAM ha ritenuto che A. _____ sia in grado di svolgere ancora il suo precedente lavoro oppure attività leggere e/o semisedentarie in misura del 60% (incapacità lavorativa 40%). Va subito rilevato che il rapporto finale contiene un errore di scrittura nelle considerazioni finali (vedi pag. 13 ultimo paragrafo della perizia del 5 gennaio 2009). I medici di tale istituto riportano una capacità lavorativa globale del 40%, quando invece intendevano manifestamente indicare una capacità residua del 60%. Il grado di capacità del 40% sarebbe infatti in contraddizione con tutte le altre perizie specifiche del SAM e con quanto riportato nei primi paragrafi della pagina 13 della perizia. Le censure del Patronato INAS fondate su tale errore di scrittura sono quindi da respingere.

E. 10.3.1

Dalla perizia del SAM si evince quanto segue. Prendendo in considerazione le varie patologie che affliggono l'assicurato, si rileva dal punto di vista reumatologico (Dott. Christen) che l'assicurato presenta da diverso tempo dolori cervicali in aumento sull'arco della giornata ed in diverse posizioni; la mobilità della colonna cervicale, in protrazione del capo, appare moderatamente limitata alle rotazioni globali bilaterali con dolori a fine corsa, mentre la flessione, estensione e lateroflessioni passive bilaterali sono libere; sono assenti deficit cervicoradicolarari. Anche la posizione seduta per un lungo periodo causa dei dolori. La mobilità della colonna lombare risulta moderatamente limitata alle lateroflessioni bilaterali, mentre la flessione/estensione risulta libera; sono assenti deficit lomboradicolarari,

come pure sinoviti e tendo-sinoviti alle articolazioni superiori ed inferiori. Il paziente è tendenzialmente fibromialgico. L'esperto del SAM valuta al 90% la capacità di lavoro dell'interessato nel suo ultimo lavoro ed al cento per cento in attività più consone (soprattutto per quel che attiene posizioni da tenere e trasporto pesi). In sede di audizione o ricorsuale non sono stati posti elementi diagnostici e valutativi differenti per quel che concerne la problematica ortopedica che, tutto sommato, non appare limitante nell'ambito di attività semileggere più o meno sedentarie.

E. 10.3.2

Dal lato cardiologico (Dott. Sartori), è vero che il paziente ha subito un delicato intervento chirurgico nel 1998. Tuttavia egli ha poi lavorato, anche in settori con responsabilità, fino al 2007. Gli esami eseguiti presso il SAM hanno permesso di accertare che la malattia coronarica è ben compensata. A. _____ ha raggiunto, alla prova al cicloergometro, il carico di ben 200 Watt senza segni di ischemia residua od altri tipi di insufficienza cardiaca. Eventuali dolori retro sternali da lui riferiti non sono da imputare ad anomalie cardiache, quanto piuttosto ad un processo fibromialgico sopra descritto. Tuttavia, in questo ambito, entrano altri fattori che possono rappresentare un rischio di notevole peggioramento della situazione valetudinaria. Il Dott. Compagnoni (cardiologo) accenna al sovraccarico psichico nell'ambito di attività pur fisicamente leggere (consigliata attività lavorativa con caratteristiche non psicologicamente pressanti). Per il resto, gli esami presentati dal cardiologo di parte sono sovrapponibili a quelli rilevato dal Dott. Sartori (test da sforzo fino a 180 Watt, assenza di anomalie ischemiche, classe funzionale NYHA I/II).

E. 10.3.3

Sotto il profilo oftalmologico (Dott.ssa Anastasi-Forni) A. _____ è miope fin dall'adolescenza, ma, in questi ultimi anni, l'acuità visiva è peggiorata sotto diverse forme patologiche, soprattutto dal gennaio 2007. L'acuità visiva, una volta corretta, è tuttavia ancora buona, ma la stessa esperta afferma che il paziente non può lavorare per 8 ore davanti ad un terminale e che lo stesso può essere integrato in un'altra professione meno impegnativa dal punto di vista dell'acuità visiva.

E. 10.3.4

Per quanto riguarda la patologia psichiatrica (Dott. Mari), ossia quella che più presenta ostacoli per la capacità di lavoro del nominato, va osservato quanto segue. L'insorgente ha sempre assunto impegni di qualità e di responsabilità (si veda in particolare il curriculum vitae). Malgrado fatti patologici di sicuro rilievo, come il tumore ad un rene nel 1990 ed un quintuplice bypass aortocoronarico nel 1998 ed un visus costantemente scarso e difettoso, l'insorgente ha potuto continuare a svolgere un'attività lucrativa. La diminuzione del visus a partire dal gennaio 2007, con il conseguente quadro ansiodepressivo accompagnato da somatizzazioni multiple, ha messo in evidenza uno scompenso psicologico. Ora, il Dott. Mari ritiene un'incapacità lavorativa del 40% in qualunque attività professionale. La descrizione clinica dell'esperto SAM coincide con quella espressa dal Dott. Camboni, psichiatra di parte.

E. 10.4

Alla luce di queste considerazioni, questo collegio giudicante può condividere il parere del SAM almeno per quanto riguarda le attività di sostituzione che sarebbero esigibili al 60%. Questa autorità di ricorso ritiene che l'assicurato presenti un'incapacità lavorativa del 40% in attività di sostituzione leggere e/o semisedentarie, non stressanti, che non richiedano

un'acuità visiva accentuata, rispettose anche delle indicazioni formulate dall'esperto ortopedico Dott. Christen circa posizioni da evitare, pesi limite da trasportare. Si tratta di attività semplici, sovente ripetitive, in ambienti puliti, dove il dipendente ha possibilità di fare pause frequenti. L'attività al 60% non significa che l'insorgente debba lavorare per soli tre giorni la settimana. Essa può e deve essere intesa come rendimento, ossia, per esempio, con la presenza sull'arco dell'intera giornata, ma con rendimento ridotto. Il precedente lavoro di impiegato d'ufficio presso un grossista non è invece verosimilmente più esigibile, o perlomeno in misura del 60% come ritenuto dall'amministrazione. Il datore di lavoro ha indicato come questo lavoro comportava un'alta dose di stress (vedi questionario compilato il 4 marzo 2007). Ora, più relazioni sanitarie, come quella dei Dott.ri Mari e Camboni, indicano che l'interessato non è più in grado di lavorare sotto stress. Tale circostanza è del resto confermata sul piano cardiologico dal momento che sia il Dott. Sartori che il Dott. Compagnoni rendono attenti sui fattori di rischio dovuti allo stress. Vista l'impossibilità di riprendere l'attività precedentemente svolta, è necessario procedere ad un raffronto dei redditi prima e dopo l'invalidità (vedi consid. 7.2). Del resto, secondo la giurisprudenza (sentenze del TF 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 3.2 et 8C_294/2008 del 2 dicembre 2008) è possibile rinunciare a un raffronto dei redditi solo quando il precedente lavoro è considerato ancora accessibile (p. es. il contratto di lavoro non è stato disdetto) e quando questa attività offre delle migliori condizioni di reintegrazione (salario precedente l'invalidità più favorevole di quello dopo l'insorgenza dell'invalidità). Ora, la prima di queste condizioni non è adempiuta nella fattispecie vista la disdetta del contratto di lavoro.

E. 10.5

Vero è che la ricerca di un posto di lavoro adatto alle capacità dell'interessato appare difficoltosa, vista la sua età (nel 2007, anno di riferimento, ha 58 anni), la situazione congiunturale; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non gli offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno, non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione. Secondo una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 123 V 88 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4).

E. 11.1

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPG).

E. 11.2

Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Secondo il questionario per il datore di lavoro (vedi anche il rapporto del CIP del 28 dicembre 2009), l'insorgente, senza danni alla salute, potrebbe guadagnare, nella ditta ex datrice di lavoro Fr. 68'055.- in un anno (13 mensilità). Questi dati si

riferiscono al 2006. Non è da ritenere l'importo preteso dall'insorgente in Fr. 71'655.-. Infatti, tale importo è comprensivo di 300.- franchi al mese di spese fisse (Fr. 3'600.- all'anno + Fr 68'065.- = Fr. 71'665.-) che, di tutta evidenza, non possono essere considerate come una retribuzione. In proposito, la circolare sull'invalidità dell'UFAS (CII AI, cifra 3027) stabilisce che non si deve tenere conto delle spese accessorie aggiunte al salario, spese a carico del datore di lavoro e che non sono sottoposte a contribuzione AVS/AI (RCC 1986 p. 432). Il reddito da valido del 2006 deve essere aggiornato al 2008, anno in cui sorgerebbe il diritto alla rendita AI. L'indice dei salari nominali, per categoria, è aumentato dell'1,5% per il 2007 e del 2,6% nel 2008, il che comporta un reddito precedente l'invalidità di Fr. 70'819,72 (anno 2008).

E. 11.3.1

Quale reddito da invalido si deve ritenere quello statistico ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate, ripetitive. Queste attività comportano un salario medio mensile di Fr. 4'806.- nel 2008, pari a Fr. 57'672.- annuali (valori dell'UFS, tabella TA1, livello 4, uomini). Questo importo deve essere adeguato secondo un orario settimanale di 41.6 medio svizzero, ciò che permette di ottenere Fr. 59'978.88 (le tabelle sono fondate su di un orario standardizzato di 40 ore). L'Ufficio AI cantonale ha ritenuto lo stesso dato.

E. 11.3.2

Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. La riduzione massima ammessa è del 25%. L'amministrazione ha operato una deduzione di solo il 3%, ciò che può essere criticato. Vero è che gli uffici AI godono, in questo ambito, di un ampio margine d'apprezzamento che il giudice può rivedere solo in casi eccezionali. Nel caso in esame, tuttavia, una riduzione del 3% appare manifestamente insufficiente. Il ricorrente, 59enne nel 2008, anno in cui sorge l'evento assicurabile, è portatore di un insieme di handicap (acuità visiva ridotta, difficoltà di adattamento, posizione di lavoro limitanti e ridotta capacità di porto pesi, ecc.) che riducono la sua capacità di guadagno. Inoltre, il Tribunale federale ha già avuto l'occasione di ricordare che se un'attività di sostituzione può essere esercitata solo a tempo parziale è legittimo procedere ad una riduzione supplementare (sentenza 9C_708/2009 del 19 novembre 2009 pubblicata in SVR 2010 IV n° 28 consid. 2.1.1), che nel caso specifico può essere fissata al 15%. Ne consegue un introito dopo l'insorgenza dell'invalidità con attività al cento per cento di Fr. 50'982.30. Svolta al 60% l'attività di sostituzione comporta un reddito di Fr. 30'589.23.

E. 11.4

Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 70'819.72.- ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 30'588.78 causa una perdita di guadagno del 56.80%, grado che giustifica il riconoscimento del diritto ad una mezza rendita AI. Va rilevato, a titolo abbondanziale, che il grado d'invalidità non attingerebbe il livello del 60% (diritto ai tre quarti di rendita), nemmeno se si dovesse considerare una riduzione del reddito dopo l'insorgenza dell'invalidità per fattori personali del 20% (tasso del 59.34%). In queste circostanze, il ricorso deve essere parzialmente accolto e l'impugnata decisione riformata, nel senso che A. _____ ha diritto alla mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° gennaio 2008.

E. 12.1

Non si prelevano spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.-, fornito dall'insorgente il 18 ottobre 2010, gli viene restituito.

E. 12.2

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso e di replica, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 900.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

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