

BVGer C-6492/2012 vom 25. November 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-11-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6492_2012

FR: TAF C-6492/2012 du 25 novembre 2013

IT: TAF C-6492/2012 del 25 novembre 2013

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 (TAF) 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 possono essere portate innanzi a questo Tribunale 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 delle presunte spese processuali, entro il termine stabilito (doc. 10 TAF). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso. 3.1 Il diritto applicabile è costituito dalle norme in vigore al momento in cui i fatti giuridicamente determinanti si sono prodotti. Il giudice non prende in considerazione eventuali cambiamenti dello stato di fatto e modifiche del diritto posteriori alla data determinante che è quella della decisione litigiosa (DTF 129 V 4 consid. 1.2). Quando è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo il vecchio diritto per il periodo anteriore e secondo le nuove disposizioni a partire dall'entrata in vigore di quelle nuove (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). 3.2 Secondo il diritto internazionale è applicabile l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi

Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, l'ALC è stato modificato con effetto 1° aprile 2012 dal regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro come i cittadini di tale Stato. Può essere precisato che il regolamento (CE) n. 1408/71 al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012 conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1. 3.3 Può essere sottolineato che il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale del 4 febbraio 2003 I 435/02). Pertanto, anche con l'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che postula il riconoscimento di prestazioni AI è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009). 3.4 Per quanto riguarda il diritto interno, le modifiche introdotte dalla 6a revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono applicabili nella fattispecie, fermo restando che le nuove norme non apportano cambiamenti sostanziali rispetto al diritto in vigore fino al 31 dicembre 2011. 3.5 In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei 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. Il Tribunale può dunque limitarsi a esaminare se la ricorrente aveva diritto a una rendita il 22 gennaio 2012 (6 mesi dopo la presentazione della domanda) o se il diritto a una rendita è nato tra questa data e il 13 novembre 2012, 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 136 V 24 consid. 4.3).

E. 4

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 13 novembre 2012, 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

E. 5

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 almeno tre anni (art. 36 LAI). 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 3 anni. Pertanto, 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. 6.1 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. 6.2 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). 6.3 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3). 6.4 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).

E. 7.1

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in

misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento constatato perduri; lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che se la capacità di guadagno peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinate il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole.

E. 7.2

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

8.1 L'interessato ha lavorato in Svizzera dal 2004 per una ditta di imballaggi (doc. 11, TAF). Poi, nel settembre 2007 ha firmato un contratto per il posto di direttore generale di una ditta del settore alimentare con sede a Lugano (doc. 27). I primi tre mesi di servizio prevedevano un introito mensile di 7'200 franchi (settembre-novembre). A partire da dicembre, come da contratto, il salario è stato aumentato di 3'500 franchi al mese. Nel gennaio 2008 ha subito il noto incidente e non ha più lavorato per tale ditta. Va accennato che l'impresa in questione è fallita in esito a decreto pretorile del 22 ottobre 2008 (cfr. RC Cantone Ticino, n. d'ordine 514.4.029.470-3). Dopo un lungo periodo post-infortunio, A. _____ ha ripreso un lavoro, il 1° giugno 2010, come direttore a metà tempo di una ditta del settore alimentare nella regione di confine, per un compenso di 4'000 franchi lordi al mese per 13 mensilità (doc. 56, 58).

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. art. 28a cpv. 1 LAI, 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. 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 tasso 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). 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 e 122 V 160).

E. 9

Nella specie non è contestato il diritto al riconoscimento della rendita intera AI a gennaio 2009, ossia un anno dopo l'evento infortunistico del 16 gennaio 2008. In merito al versamento della rendita solo da novembre 2009, va precisato, che secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI (cfr. consid. 6.2), la prestazione è versata, al più presto, dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato prestazioni. La domanda di prestazioni, nel caso in esame, è del 6 maggio 2009 (doc. 3), per cui il diritto alla rendita nasce il 1° novembre 2009. Anche questo punto non è contestato. La tardività della presentazione della domanda rende superfluo l'esame delle due prestazioni limitate nel tempo di cui al progetto di decisione del 26 aprile 2012 (diritto alla rendita intera da gennaio a tutto giugno 2009; rinascita del diritto da novembre 2009 al 31 maggio 2010).

E. 10

Nel caso in esame può essere ritenuta la diagnosi riassuntiva posta dal Dott. Posa, alla luce dell'incarto dell'INSAI/SUVA. Egli ha proceduto a due analisi (visite) rispettivamente l'8 aprile e l'11 novembre 2010 (doc. 44, 54), in quanto dall'assicuratore infortuni erano pervenuti aggiornamenti sanitari di rilievo, quali quello del Dott. Strautmann del 6 aprile 2010 e Bianchi. In sostanza, il Dott. Posa ritiene quale diagnosi influente sulla capacità di lavoro una gonalgia sinistra residua dopo intervento artroscopico il 26 novembre 2009, stato dopo contusione/distorsione del ginocchio sinistro con tendinopatia rotulea e contusione/lesione parziale del legamento crociato anteriore. Quale diagnosi senza particolare influsso sulla capacità di lavoro sussiste una cervicalgia residua da contusione del rachide cervicale, artrosi acromioclavicolare con impingement sottoacromiale e tendinosi del sovra spinato con lesione del terzo distale labbro glenoideo posteriore spalla sinistra. 11.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'Ufficio AI cantonale, Dott. Posa, ha fondato il suo parere sulle risultanze degli atti oggettivi (radiografie, altri esami), su visite proprie alla date suindicate e sulla scorta delle perizie contenute nell'incarto dell'assicuratore infortuni. In proposito può essere osservato che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale la valutazione in ambito AI non vincola l'assicuratore infortuni (DTF 131 V 362 consid. 2.3). È stata inoltre affermata la reciprocità di questa regola nei confronti dell'assicurazione invalidità nel senso che questa non è legata dalla valutazione dell'assicuratore infortuni ai sensi del DTF 126 V 288. Di conseguenza, per esempio, l'Ufficio AI non ha facoltà di formulare opposizione (o ricorso) contro una decisione dell'assicuratore infortuni concernente il diritto alla rendita o la determinazione del tasso d'invalidità (DTF 133 V 549). La valutazione dell'invalidità è dunque indipendente nei due rami d'assicurazione (cfr. anche sentenza del Tribunale federale 8C_ 558/2008 del 17 marzo 2009 consid. 2.3). Questa indipendenza nel decidere non significa che le perizie effettuate nei due rami assicurativi debbano essere utilizzate dalla sola assicurazione che ha ordinato una tale indagine quando, per esempio, l'analisi dell'invalidità è stata ricercata in modo globale e non settoriale e che una determinata perizia non si sia limitata al mero aspetto del rapporto di causalità fra l'incidente subito ed il

danno alla salute, aspetto questo caratteristico della sola assicurazione contro gli infortuni (cfr. Alfred Maurer/Gustavo Scartazzini/Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3° ed., Basilea, 2009, § 10 n° 39 e seg.). Nel caso in esame, la vertenza fra assicurato da una parte e il "Groupe Mutuel" dall'altra non si è ancora completamente chiusa. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha infatti accolto il ricorso dell'assicurato che ha impugnato la decisione su opposizione del 7 marzo 2011. La problematica dell'assicuratore infortuni non essendo la stessa di quella qui in esame in materia di AI, il Tribunale cantonale ha contestato che sia estinta l'eziologia traumatica dei disturbi al ginocchio sinistro. L'incarto del "Groupe Mutuel" contiene comunque perizie ortopediche che adempiono ai criteri di qualità e completezza richiesta anche in ambito AI. Il Dott. Posa ha preso atto e debitamente tenuto conto di tali perizie.

11.2 11.2.1 Il medico dell'Ufficio AI cantonale ha trovato un paziente in buone condizioni generali di salute, curato e ben disposto all'esame clinico. La problematica è, per l'essenziale, di natura ortopedica e quasi esclusivamente post-infortunistica. All'osservazione generale non si rilevano anomalie morfologiche somatiche macroscopiche; il rachide cervicale è privo di limitazioni alla flessione, estensione e rotazione. Quello dorsale è pure privo di limitazioni, come pure quello lombare. La deambulazione è buona con presenza tuttavia di una zoppia "di risparmio" a sinistra. La deambulazione in punta di piedi non è possibile a causa del dolore al ginocchio sinistro; quella sui talloni neppure. Non si riscontrano limitazioni a parte la problematica al ginocchio sinistro (tender mialgici negativi, spalle libere ed indolenti, anche nella norma segni/test ortopedici tutti negativi, salvo quello di Tnel/Phalen positivo a destra). In merito alla spalla sinistra, dal rapporto del Dott. Strautmann del 9 febbraio 2010 si deduce che l'arto risulta parzialmente limitato e dolente. Di contro, per il Dott. Posa la lesione alla spalla sinistra non rientra più nelle affezioni di carattere invalidante. Il ginocchio destro è privo di limitazioni con test tutti negativi. Il ginocchio sinistro costituisce l'arto più colpito. La flessione e l'estensione sono ridotte di un terzo; la sintomatologia dolorosa è vivace da qualsiasi lato. Gli esiti algici dell'infortunio subito permangono. Questa limitazione funzionale e algia locale comportano una diminuzione della capacità di lavoro in certi ambiti e posizioni. Più precisamente, il Dott. Posa indica che il paziente può sollevare comunemente pesi fino a 10 kg e meno sovente pesi superiori; non ha limitazioni funzionali a livello delle mani e braccia e quindi può manipolare attrezzi con questi arti purché non siano molto pesanti. In questo (lavori al di sopra dell'orizzontale), vi sono alcune divergenze fra quanto esposto dal Dott. Posa e quanto rilevato dal Dott. Strautmann il 9 febbraio 2010 (doc. 49). Dal momento tuttavia che quest'ultimo specialista, in conclusione, non rileva alcuna invalidità in attività adatte (mentre il Dott. Posa ritiene un tasso d'invalidità del 20%), le precisazioni del Dott. Strautmann assumono un'importanza relativa. Limitazioni si presentano invece agli arti inferiori. L'interessato non può lavorare in posizione inginocchiata o con ginocchia in flessione (posizioni alternate) egli può camminare normalmente fino oltre 50 metri, ma è limitato sui lunghi tragitti, su terreni accidentati e nel salire/scendere le scale. Riassumendo dunque, l'assicurato è limitato in tutti quei lavori che richiedono un particolare carico/utilizzo/movimento dell'arto inferiore sinistro. Il ginocchio è dolorante, come pure la parte inferiore dell'arto. Con il Dott. Strautmann possono anche essere ammesse limitazioni per attività e porto pesi al di sopra dell'orizzontale. Per il resto, il paziente è in grado di svolgere ogni lavoro a lui accessibile.

11.2.2 Il Dott. Posa, ritiene il paziente del tutto inabile a qualsiasi lavoro dalla data dell'incidente, 16 gennaio 2008, fino almeno a tutto marzo 2009 poi il 50% da aprile a novembre 2009. L'interessato è ancora inabile in misura totale da novembre a due mesi completi dopo l'intervento di artroscopia

per cui fino al gennaio/febbraio 2010. Sulla data di recupero non v'è una precisa convergenza, tuttavia può essere ammesso che si è manifestata al più tardi nel corso del mese di febbraio 2010. In attività adatte, come sopra specificato a partire da quest'ultima data, l'interessato presenta un'incapacità lavorativa del 20%. Questa valutazione, secondo al quale il paziente avrebbe potuto riprendere attività a lui consone almeno all'80%, avuto riguardo a determinate condizioni di porto pesi, posizioni, abilità, marcia, è condivisa da tutti i sanitari specialisti che si sono occupati del presente caso assicurativo (Dott. Salani, Bianchi, Strautmman, Posa, Zumstein, Erba). 11.2.3 A questo stadio d'esame si può quindi ritenere come non sia necessario ordinare una nuova perizia e che l'analisi svolta dal Dott. Posa è completa in quanto, oltretutto, offre un quadro esauriente dei limiti funzionali che affliggono il paziente. Non si pone inoltre il problema di ricercare se vi sia o meno un nesso di causalità fra l'infortunio subito e le limitazioni funzionali constatate, in quanto l'assicurazione per l'invalidità tiene conto di tutte le affezioni debilitanti o meno lamentate dall'assicurato (sulla valutazione anticipata delle prove, vedi DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d con i rif.; SVR 2001 IV n. 10, p. 27). 11.3 Dall'analisi svolta dal Dott. Posa emerge che l'interessato poteva riprendere, al più tardi nel corso del mese di febbraio 2010, un'attività lavorativa leggera in misura dell'80%. Viste le sue capacità professionali, le scarse limitazioni accennate sono compatibili con lavoro non eccessivamente pesante e di natura dirigenziale. Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 130 V 97 consid. 3.2).

E. 12.1

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 lavorativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGA). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

E. 12.2.1

Di regola, è ritenuto reddito di persona non invalida l'ultimo reddito precedente l'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità conformemente all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (VSI 2000 p. 310). Tuttavia, si può venir meno a questo principio, e ricorrere quindi a salari statistici, quando l'attività assunta prima dell'evento invalidante non esiste più al momento della valutazione dell'invalidità, ossia quando l'interessato non avrebbe comunque più potuto conservare il suo posto per delle difficoltà di natura economica del datore di lavoro, ma anche quando non si conoscono dati sulla sua ultima attività e in altri casi ancora (p. es. attività cessata da lungo tempo). In altre parole, come lo precisa la giurisprudenza, l'ultimo reddito precedente il danno alla salute può essere preso in considerazione solo se ci si trova di fronte a un rapporto di lavoro/una situazione di carattere stabile (Michel Valterio, *Droit de l'assurance-viellesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI)*, commentaire thématique, Zurigo-Basilea, 2011, n. 2085 e seg.; sentenza del Tribunale federale I 1058/06

del 12 settembre 2007 consid. 4.1.2).

E. 12.2.2

Nella fattispecie A. _____ è stato assunto nel settembre 2007 come direttore di una ditta del settore alimentare con un compenso di 7'200 franchi al mese, incrementato di 3'500 franchi a partire dal quarto mese. Effettivamente, il dipendente, nel dicembre 2007, ha percepito un salario di 10'726.80 franchi (cfr. doc. 27; contratto e fogli paga), ma nel gennaio 2008 ha subito il noto incidente. Ora, la ditta datrice di lavoro non esiste più, essendo stata dichiarata fallita il 22 ottobre 2008 come specificato nel consid. 8.1. Quindi l'interessato non avrebbe potuto comunque conservare il suo posto di lavoro, indipendentemente dall'infortunio. Conformemente al considerando precedente, il salario da valido deve pertanto essere calcolato sulla base di valori statistici e non fondandosi su quanto avrebbe potuto percepire se non avesse subito l'infortunio nel gennaio 2008.

E. 12.2.3

Per determinare il salario da valido, l'Ufficio AI cantonale ha preso in considerazione i risultati statistici dei livelli di qualifica 1+2 (uguali). Si tratta, per il livello 2, di attività indipendenti (nel senso che non hanno bisogno di essere dirette da superiori) e generalmente molto qualificate. Ora, nella scelta del livello di qualifica occorre prendere in considerazione non solo le esperienze professionali, ma anche la presenza di conoscenze specializzate (sentenze del Tribunale federale 9C_993/2010 del 2 dicembre 2011 consid. 4.4.1, 9C_1007/2010 del 15 dicembre 2011 consid. 4.4). Nel caso in esame vero è che l'interessato non sembra detenere particolari titoli di studi. L'interessato è infatti in possesso di certificati di apprendistato di meccanico e di agente di commercio, un certificato di agente "Enasarco", fondazione per i rappresentanti di commercio, con attestato di capacità. Sembrano piuttosto le sue capacità personali a prevalere nel presente caso per riconoscere l'adozione del livello statistico salariale 2 (=1), che appare quindi tutelabile visto anche il salario percepito sia prima che dopo l'infortunio. Ci si fonderà pertanto sul valore 2008 per il commercio all'ingrosso ed intermediari di commercio, ossia 9'032 franchi al mese (salario statistico mensile lordo per settori economici, settore 51, tabella TA 1 pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il che comporta per un anno un salario di 108'384 franchi. Questo importo deve essere adeguato secondo un orario settimanale di 41.6 medio della categoria, ciò che permette di ottenere un importo di 112'719 franchi. Questo importo deve essere aggiornato al 2009 secondo l'indicizzazione di categoria (1,9%), ossia 114'861 franchi che rappresenta quindi il reddito precedente l'invalidità.

E. 12.3.1

Quale reddito da invalido si deve ritenere quello statistico ottenibile in attività adatte alle sue capacità di direzione, rappresentanza. Ora, se anche si dovesse prendere il livello 3, applicato nella fattispecie, i dati statistici indicherebbero per il 2008 un valore totale (uomini) di 5'789 franchi al mese. Questo importo e il livello 3 non può essere confermato in quanto, a metà del 2010, l'assicurato ha ripreso un lavoro al 50% che viene retribuito con 4'000 franchi al mese per 13 mesi (52'000 franchi annui). A tempo pieno, la retribuzione del nuovo lavoro ammonterebbe a 104'000 franchi, mentre i valori statistici indicano un introito di 5'909 franchi al mese (valori 2010), 70'908 franchi all'anno (73'744 franchi se si tiene conto di un orario settimanali di 41,6 ore). Il salario statistico relativo al livello 3 appare quindi nettamente inferiore a quello realmente percepito dall'interessato riportato su un'attività al 100%. Pertanto, appare più opportuno considerare, anche per le attività di

sostituzione, il livello 1+2 che più si avvicina alla situazione personale dell'assicurato. Secondo questo livello, nelle attività di sostituzione, nel 2008, si ottiene un introito mensile di 7'942 franchi, annuale di 95'304 franchi (cfr. tabella TA 1 sopraccitata). Questo importo deve essere indicizzato al 2009, secondo l'indice generale del 2,1%, il che comporta un introito totale di 97'305,38 franchi.

E. 12.3.2

Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione, che gode di un ampio margine d'apprezzamento, ha applicato un tasso del 7% complessivo. Questo collegio giudicante non ha fondato motivo per scostarsi da tale valutazione che non è arbitraria. Va, peraltro, rilevato che secondo la consolidata giurisprudenza la riduzione massima è del 25%. Ora, il Tribunale considerata l'età dell'assicurato nel 2009 (43 anni) e gli handicap noti, può confermare il modo di agire dell'Ufficio AI. Ne consegue un introito annuale di 90'494 franchi (97'305,38 franchi - 7%) per un'attività svolta al cento per cento. L'attività può essere svolta all'80%. Il risultato finale comporta un reddito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di 72'395 franchi.

E. 12.4

Il confronto fra il reddito (in questo caso statistico per i motivi esposti) prima dell'insorgere del danno invalidante di 114'861 franchi con quello ottenibile teoricamente dopo l'insorgere dell'invalidità di 72'395 franchi, comporta una perdita di guadagno del 36,98%, arrotondato al 37%.

E. 12.5

Può essere precisato che il calcolo comparativo dei redditi dovrebbe essere effettuato anche su dati del 2010 (DTF 128 V 174 e 129 V 222), anno in cui viene soppressa la rendita limitata nel tempo. Il risultato finale non sarebbe comunque sostanzialmente diverso anche se ci si dovesse riferire ai dati 2010.

E. 12.6

È quindi a ragione che l'autorità inferiore ha soppresso la rendita intera dal 31 maggio 2010 in applicazione dell'art. 88a OAI (cfr. consid. 7.1), ossia tre mesi dopo la data in cui, ragionevolmente, si può ammettere un miglioramento generale delle condizioni di salute dell'assicurato e, di conseguenza, della sua capacità di lavoro e di guadagno. Visto quanto precede, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 13.1

Le spese processuali, di 400 franchi, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo da lui fornito il 26 giugno 2013.

E. 13.2

Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF).