

TI_GERICHTE 32.2007.29 vom 14. Dezember 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-12-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.29

FR: TI_GERICHTE 32.2007.29 du 14 décembre 2006

IT: TI_GERICHTE 32.2007.29 del 14 dicembre 2006

Regeste

UAI, basandosi sul parere del SAM, ha correttamente riconosciuto all'assicurato il diritto a 1/2 rendita limitatamente al periodo dal 1/04 al 3/05, negando qualsiasi prestazione a decorrere dal 4/05, essendo il grado di invalidità, dopo raffronto dei redditi, inferiore al 40%

Erwägungen

E. 29

bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma, appunto, anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.4. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique

susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

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

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise

pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi

(STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con

sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.6. Nella decisione del 14 dicembre 2006 l'UAI, fondandosi sul parere del SAM, ha riconosciuto all'assicurato il diritto a una mezza rendita di invalidità (grado AI pari al 50%) limitatamente al periodo dal 1° gennaio 2004 al 31 marzo 2005, mentre gli ha negato una rendita a fare tempo dal 1° aprile 2005, in quanto il grado di invalidità è del 28% (cfr. doc. A). Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.2.; 2.3. e 2.4., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° aprile 2005.

2.7. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, che nel suo referto del 5 luglio 2005 ha rilevato: " (...) 1. DIAGNOSI DAL SUO PUNTO DI VISTA SPECIALISTICO Sindrome lombospondilogenica cronica - avanzata discopatia L5/S1, incipiente discopatia L4/L5 - importante disfunzione dell'articolazione sacroiliaca sinistra probabilmente secondaria alle alterazioni degenerative lombari - disturbo di percezione e elaborazione del dolore in primo piano nell'ambito del processo di cronificazione, di una

sindrome da disadattamento, di una reazione depressiva e di un disturbo della personalità. Esiti da distrofia di crescita di Scheuermann senza rilevanza clinica. Stato da frattura della gamba sinistra nel 1988 senza sequele clinicamente rilevanti. **DISCUSSIONE** In accordo con le valutazioni precedenti il quadro clinico è quello di una sindrome lombospondilogenica. Il paziente presenta cioè un dolore lombare irradiante secondo una modalità non radicolare all'arto inferiore sinistro. All'origine di questo quadro clinico vi è la nota discopatia L5/S1. In accordo con le valutazioni posso confermare un'importante discrepanza tra l'intensità dei dolori e le ripercussioni funzionali molto importanti anche in attività adatte con i reperti oggettivi. Questa discrepanza può essere interpretata da un lato nell'ambito del processo di cronificazione, dall'altro nell'ambito delle problematiche psichiatriche e sociali descritte agli atti. Dal punto di vista terapeutico non escluderei a priori la possibilità di realizzare un intervento chirurgico di spondilodesi o l'impianto di una protesi discale (quest'ultima operazione ha probabilmente maggiori possibilità di successo a breve-medio termine tenendo conto anche della presenza di un'importante sovraccarico dell'articolazione sacroiliaca sinistra ma presenta ancora incognite a lungo termine). Occorre però in ogni caso tener conto del fatto che la presenza di un disturbo di percezione e elaborazione del dolore rappresenta una ipoteca molto importante sulla riuscita di un tale intervento chirurgico. Consiglierei quindi di discutere a fondo questa opzione a livello multidisciplinare prima di prendere una decisione definitiva.

2. INFLUENZA DELLE DIAGNOSI ELENcate SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA NELL'ATTIVITÀ DA ULTIMO SVOLTA DELL'ASSICURATO/A (PRECISARE SE POSSIBILE LE ORE AL GIORNO O LA RIDUZIONE DEL RENDIMENTO SUL LAVORO). L'attività di meccanico non è a mio avviso più esigibile. L'attività di soccorritore professionista non è a mio avviso più esigibile. Come agente di sicurezza l'assicurato può essere considerato abile al lavoro nella misura del 50%. Come capo squadra nell'ambito dell'aiuto domiciliare l'assicurato è inabile al lavoro nella misura del 10-15%. Come giornalista, videoreporter e fotografo l'assicurato è inabile al lavoro nella misura del 10%-15%. Questa valutazione tiene conto della necessità di cambiamenti di posizioni, pause e degli effetti secondari dei farmaci analgesici che l'assicurato deve assumere per tenere i dolori sotto controllo.

3. DESCRIVERE L'EVOLUZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO/A DAL SUO PUNTO DI VISTA SPECIALISTICO RIGUARDO ALLE PROBLEMATICHE SEGNALATE AGLI ATTI E LA PROGnosi A MEDIO-LUNGO TERMINE. Non ho evidenza per cambiamenti rilevanti riguardo alla capacità lavorativa tra il 2001 e oggi. Non sono da prevedere cambiamenti rilevanti riguardo alla capacità lavorativa a breve-medio termine. Nel caso si decidesse di realizzare un intervento chirurgico, la situazione dovrà essere rivalutata in seguito.

4. COME SI GIUSTIFICA LA DIMINUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA? QUALI SONO LE LIMITAZIONI FUNZIONALI CONSTATATE? La riduzione della capacità lavorativa in un'attività pesante e mediamente pesante è giustificata dalla presenza di alterazioni degenerative lombari, avanzate a livello L5/S1, che sono all'origine di una sindrome lombospondilogenica cronica e di blocchi iperalgici intermittenti. In attività lavorative leggere e adatte la limitazione è legata alla necessità di regolari cambiamenti di posizione, brevi pause e agli effetti secondari dei farmaci che il paziente deve assumere per controllare i dolori.

5. POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE PER MIGLIORARE LA CAPACITÀ LAVORATIVA DELL'A. ? CHE EFFETTI AVREBBRO QUESTI PROVVEDIMENTI SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA? L'unica possibilità terapeutica che potrebbe migliorare in modo importante la capacità lavorativa dell'assicurato è un intervento chirurgico sul disco L5/S1

come discusso in dettaglio in precedenza, la presenza di una cronificazione e di una situazione sfavorevole dal profilo psichiatrico e sociale rende a mio avviso necessaria una accurata valutazione multidisciplinare prima di decidere in merito a un tale intervento chirurgico. Il rischio di sviluppo di una failed back surgery syndrome appare infatti elevato. Per questo motivo non si deve a mio avviso tener conto della decisione del paziente di sottoporsi o meno a tale intervento nell'attribuire eventuali prestazioni AI.

6. RITIENE POSSIBILE EFFETTUARE PROVVEDIMENTI D'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE PRESSO QUEST'A.? DESCRIVERE LE RISORSE DI CUI L'ASSICURATO DISPONE. Dal punto di vista reumatologico è possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale.

7. RITIENE CHE L'ASSICURATO/A SIA IN GRADO DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ? SE SÌ, DESCRIVERE I LIMITI FUNZIONALI E LA CAPACITÀ LAVORATIVA DI TALE ATTIVITÀ ADATTA (ORE/DIE O RIDUZIONE DEL RENDIMENTO)

Attività pesanti a mediamente pesanti non sono più esigibili. Attività leggere che possano implicare posizioni statiche prolungate o lunghi spostamenti a piedi come il lavoro di agente di sicurezza sono esigibili ma a tempo parziale. Indicativamente la capacità lavorativa per una tale attività è del 50% con pieno rendimento. In un'attività leggera, che permetta il rispetto delle regole di ergonomia, che permetta al paziente brevi pause al bisogno e idealmente regolari cambiamenti di posizione l'assicurato è inabile al lavoro nella misura del 10%-15%. Capacità funzionale residua (Base: esame della funzionalità fisica AI):

a) sollevamento e trasporto di carichi: La capacità funzionale residua per il sollevamento e il trasporto di carichi molto leggeri è normale, leggeri è lievemente ridotta, medi è ridotta, pesanti è esigua e molto pesanti nulla. La capacità funzionale per lavori sopra il piano delle spalle con pesi inferiori a 5 kg è ridotta, con pesi superiori molto ridotta a esigua.

b) Manipolazione di oggetti, attrezzi, pulsantiere: La capacità funzionale per la manipolazione di oggetti leggeri e per lavori di precisione è normale, per lavori medi è lievemente ridotta, per lavori pesanti e di manovalanza è esigua e per lavori molto pesanti nulla. La rotazione della mano è normale.

c) Posizioni di lavoro o dinamiche particolari: La capacità funzionale per mantenere posizioni di lavoro a braccia elevate è ridotta, con rotazione del tronco è molto ridotta, seduta e piegata in avanti molto ridotta, eretta e piegata in avanti esigua, inginocchiata normale, con ginocchia in flessione normale.

d) Mantenere posizioni statiche: La capacità funzionale per mantenere la posizione seduta è ridotta, il paziente non dovrebbe essere costretto a rimanere seduto statico oltre 20 minuti dopodiché dovrebbe essergli concesso un cambiamento di posizione o una breve pausa per sgranchirsi. La capacità funzionale per mantenere la posizione eretta è ridotta. Il paziente non dovrebbe rimanere in piedi oltre mezz'ora senza la possibilità di una breve pausa.

e) Spostarsi, camminare: Il paziente può camminare normalmente per oltre 50 m anche più volte al giorno premesso che abbia la possibilità di brevi pause per riposare. La capacità funzionale per salire e scendere le scale è lievemente ridotta. Lavori su ponteggi o scale a pioli sono sconsigliati per motivi di sicurezza.

f) Diversi: L'impiego delle due mani è normale. Lavori in equilibrio e bilanciandosi sono sconsigliati per motivi di sicurezza. Nota: sulla base di un orario di lavoro di 8 ore, una capacità funzionale residua definita come esigua equivale all'1-5% rispetto alla prestazione di un soggetto sano, molto ridotta equivale al 6-33%, ridotta al 34-66%, lievemente ridotta al 67-100%. Per carichi molto leggeri si intende un peso fino a 5 kg , leggeri 6- 10 kg , medi 11- 25 kg , pesanti 26- 45 kg , molto pesanti > 45 kg ." (Doc. 51/17-20) L'aspetto psichiatrico è stato oggetto di valutazione da parte del dr. _____, medico Capo-servizio del _____ di _____, che nel rapporto del 4 luglio 2005, dopo aver posto le diagnosi di sindrome

somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4) e di disturbo misto di personalità (ICD10-F61.0), ha osservato: " (...) VALUTAZIONE: Siamo confrontati con un giovane assicurato che presenta una sindrome somatoforme da dolore persistente, come conseguenza di una inadeguata gestione della rabbia e dell'aggressività che si rovescia su se stesso. Soprattutto questa quota emotiva è alimentata da un disturbo di personalità nel quale emerge soprattutto una importante componente di meccanismi proiettivi di difesa dell'io. È probabile che egli abbia presentato in passato dei momenti di episodi depressivi di media gravità. Al momento attuale non presenta nessun sintomo distimico. Il tono dell'umore è eutimico. Le funzioni cognitive sono inalterate. Si constata un comportamento tendente alla passività. CONCLUSIONE: 1. Diagnosi. Vedi sopra. 2. Influenza di quest'ultima sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta. Egli ha presentato una incapacità lavorativa iniziale certificata dal collega dr. _____. In seguito è stato seguito dallo psicologo _____, il quale ha mantenuto per un periodo l'incapacità lavorativa. A nostro giudizio, siamo confrontati con un paziente che da un punto di vista psicopatologico complessivo presenta un'incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche dell'ordine del 10%. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato e la prognosi a medio-lungo termine. L'evoluzione è stata fluttuante, come detto sopra con un periodo iniziale di incapacità lavorativa totale, per poi avere un progressivo miglioramento descritto anche dallo psicologo _____. Al momento attuale egli presenta una capacità lavorativa per ogni attività esigibile come espresso sopra nella misura del 10%. La prognosi a medio-lungo termine è stazionaria. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Soprattutto le limitazioni funzionali constatate sono espresse attraverso la somatizzazione algica che appare come rilevante e obiettivabile. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa. Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Egli dovrebbe continuare una psicoterapia individuale, con l'obiettivo di strutturare una posizione più evolutiva, meno regressiva su di sé. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale? Descrivere le risorse ancora disponibili? L'assicurato presenta un disturbo di personalità che lo colloca in modo immaturo davanti alla possibilità di mettere in atto provvedimenti di integrazione professionale. Per questo motivo il quadro psicopatologico, in particolare la valutazione di personalità che egli presenta esulano la possibilità di programmare un provvedimento di integrazione professionale. 7. Ritiene che l'assicurato sia in grado di svolgere altre attività? Sì, egli potrebbe svolgere altre attività, sempre se si considera la sintomatologia algica somatoforme riscontrata e obiettivabile. L'incapacità lavorativa in altre attività rimane sempre nella misura del 10%. " (Doc. 51-22+23) Rispondendo alle domande del dr. _____, il dr. _____ nello scritto del 18 agosto 2005 ha aggiunto: " A complemento di quanto esposto nel mio rapporto del 04.07.2005 ti rispondo in merito al decorso clinico che l'assicurato avrebbe presentato a partire dal febbraio 2003 a tuttora, e di conseguenza sulle ripercussioni che detto quadro psicopatologico ha avuto sulla sua capacità lavorativa. Si potrebbe ipotizzare che l'assicurato abbia presentato una incapacità lavorativa totale dal 31.01.2003 al 31.12.2003 in quanto diversi rapporti lo hanno certificato (psicologo _____ dal 31.01.2003, Dr. _____ dal 13.02.2003 al 12.08.2003, Dr. ssa _____ 06.11.2003). A partire dal gennaio 2004 (psicologo _____ 06.01.2004) si assiste ad un miglioramento graduale del quadro clinico e quindi anche della sua capacità lavorativa. Stando alla mia valutazione attuale si potrebbe ipotizzare che l'assicurato era incapace nella misura del 50% dal 01.01.2004 e del 10% a partire dal 01.01.2005." (Doc. 51-24) Nel rapporto peritale del 23

agosto 2005 i medici del SAM hanno posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “sindrome lombospondilogenica cronica su avanzata discopatia L5-S1, incipiente discopatia L4-L5, importante disfunzione dell’articolazione sacroiliaca sinistra, probabilmente secondaria alle alterazioni degenerative lombari; sindrome somatoforme da dolore persistente, con disturbo di percezione ed elaborazione del dolore in primo piano nell’ambito del processo di cronicizzazione”. Essi hanno invece indicato, quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quelle di “esiti da distrofia di crescita di Scheuermann senza rilevanza clinica; stato da frattura della gamba sinistra nel 1998 senza sequele clinicamente rilevanti; stato dopo intervento chirurgico per una cisti al seno mascellare sinistro nel 2003; sovrappeso con BMI 30 kg/m²” (doc. 51-9). Con riferimento alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno evidenziato: " (...) 7 VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITA' LAVORATIVA

L'attuale grado di capacità lavorativa medico - teorica globale dell'A, é quantificabile nel modo seguente: ■ in attività pesanti a mediamente pesanti (come per esempio in qualità di soccorritore professionale o meccanico) la capacità lavorativa é da considerare nulla in quanto attività non più esigibili, ■ nell'attività da ultimo esercitata come capo – squadra / responsabile di zona nell'ambito dell'aiuto domiciliare o anche come giornalista / video-reporter / fotografo, la capacità lavorativa é da considerare nella misura dell'85%-90%, intesa come riduzione della capacità funzionale residua sull'arco di un'intera giornata lavorativa. 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA

Conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalle patologie reumatologiche e psichiatriche esaminate. Dal punto di vista reumatologico la riduzione della capacità lavorativa, in un'attività pesante a mediamente pesante (come descritto al capitolo 7) é giustificata dalla presenza di alterazioni degenerative lombari, avanzate a livello L5-S1, che sono all'origine di una sindrome lombospondilogenica cronica e di blocchi iperalgici intermittenti. In attività lavorative leggere ed adatte (come descritte al capitolo 7 e 9) la limitazione é legata alla necessità di regolari cambiamenti di posizione, brevi pause ed agli effetti secondari dei farmaci che il paziente deve assumere per controllare i dolori. Ciò significa che l'attività di meccanico e l'attività di soccorritore professionale non sono più esigibili. Come capo - squadra, nell'ambito dell'aiuto domiciliare (professione da ultimo esercitata) l'A. è ritenuto inabile al lavoro nella misura del 10%-15%. Ciò vale anche in una professione come giornalista / video reporter e fotografo, sulla base di quanto detto sopra. Per quanto riguarda l'evoluzione non vi è evidenza per cambiamenti rilevanti tra la situazione del 2001 e quella attuale. Dal punto di vista psichiatrico le diagnosi di una sindrome somatoforme da dolore persistente e di un disturbo misto di personalità comportano un'incapacità lavorativa, dal punto di vista psicopatologico complessivo, nella misura del 10%. L'evoluzione è stata fluttuante, con un periodo iniziale d'incapacità lavorativa totale, certificata dal collega dr. _____, per poi avere un progressivo miglioramento, descritto anche dallo psicologo _____: attualmente la capacità lavorativa raggiunge la misura del 90%. Riassumendo, per le ragioni sopra esposte, dal punto di vista fisico e psichico, valutiamo il grado di capacità lavorativa globale dell'A. nella misura dell'85-90% nell'attività da ultimo esercitata di capo-squadra / responsabile di zona nell'ambito dell'aiuto domiciliare e come giornalista / video-reporter / fotografo. Attività pesanti a mediamente pesanti (come per es. soccorritore professionale o meccanico) non sono più esigibili. Per quanto riguarda attività pesanti a mediamente pesanti riteniamo giustificata l'incapacità lavorativa totale attestata dal medico curante a partire dal 31.01.2003. Per le altre attività professionali dobbiamo tener presente soprattutto la

componente psichiatrica: a questo proposito è stata attestata un'incapacità lavorativa al 100% dal 13.02.2003 al 12.08.2003 da parte del dr. _____, psichiatra a _____ ed un'incapacità lavorativa, nella misura dell'80%, a partire dall'inizio del trattamento psicoterapeutico presso il Signor _____, psicologo e psicoterapeuta ad _____, avvenuto il 10.01.2004 (vedasi atti del 20.03.2004 e 9.07.2004). Nel suo rapporto lo psicologo descrive che la depressione reattiva è in fase di miglioramento. Riteniamo ciò plausibile (anche sulla base del rapporto della dr.ssa Io r n o, atto del 26.07.2004), valutando un miglioramento progressivo della componente psichiatrica, sino ad arrivare alla valutazione scaturita nell'attuale esame peritale. Valutiamo quindi per la componente psichiatrica un'incapacità lavorativa del 100% dal 31.01.2003 al 31.12.2003, nella misura del 50% dall'1.01.2004 e nella misura del 10% dall'1.01.2005. 9

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Un'attività leggera che possa implicare posizioni statiche prolungate o lunghi spostamenti a piedi (come per esempio il lavoro come agente di sicurezza) sono esigibili, ma a tempo parziale: indicativamente la capacità lavorativa per una tale attività è del 50% con pieno rendimento. In un'attività leggera ed adatta che permetta il rispetto delle regole di ergonomia, che permetta al paziente brevi pause al bisogno ed idealmente regolari cambiamenti di posizione, l'A. è ritenuto complessivamente abile nella misura dell'85%-90%: ciò riguarda per esempio anche la professione da ultimo esercitata o la professione di giornalista / video-reporter / fotografo (vedi capitolo 8). La capacità funzionale residua, per quanto concerne il sollevamento e trasporto di carichi, la manipolazione di oggetti/attrezzi/pulsantiere, le posizioni di lavoro o dinamiche particolari, il mantenimento di posizioni statiche e gli spostamenti è descritto in dettaglio nel consulto reumatologico (pag. 6 e 7). Importante però è l'osservazione del nostro consulente psichiatra, il quale ritiene che l'A. presenti un disturbo di personalità che lo colloca in modo immaturo davanti alla possibilità di mettere in atto provvedimenti d'integrazione professionale: per questo motivo il quadro psicopatologico, in particolare il disturbo di personalità che egli presenta, impediscono la possibilità di programmare un provvedimento d'integrazione professionale. Per quanto riguarda la prognosi e le possibilità terapeutiche possiamo fare le seguenti constatazioni: ■ dal punto di vista reumatologico l'unica possibilità terapeutica che potrebbe migliorare in modo importante la capacità lavorativa dell'A. è un intervento chirurgico sul disco L5-S1. Come discusso sopra, la presenza di una cronicizzazione e di una situazione sfavorevole dal profilo psichico e sociale rende necessaria un'accurata valutazione multidisciplinare prima di decidere in merito ad un tale intervento chirurgico. Il rischio di sviluppo di una failed back surgery syndrome appare infatti elevato. Si consiglia quindi di discutere a fondo questa opzione a livello multidisciplinare prima di prendere una decisione definitiva. Prognosticamente non sono da prevedere cambiamenti rilevanti per quanto riguarda la capacità lavorativa a breve - medio termine in assenza di un intervento chirurgico. Nel caso si decidesse di realizzare un intervento chirurgico, la situazione dovrà essere rivalutata in seguito. ■ dal punto di vista psichiatrico l'A. deve continuare una psicoterapia individuale, con l'obiettivo di strutturare una posizione più evolutiva, meno regressiva su di sé. La prognosi a medio - lungo termine è ritenuta stazionaria. 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. " (Doc. 51/11-13) Nelle sue annotazioni mediche del 6 febbraio 2006 la dr.ssa _____ del SMR ha osservato: " Sulla base della perizia pluridisciplinare SAM, dal punto di vista psichiatrico l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 10% per qualsiasi attività a partire dal 1.1.2005 nell'ambito di

una sindrome somatoforme da dolore persistente e di un disturbo misto di personalità. Sulla base del rapporto peritale psichiatrico SAM non è possibile esprimersi sulle limitazioni che la problematica psichiatrica comporta su un eventuale progetto di integrazione, in quanto non compare sufficientemente descritta, non compaiono elementi a sostegno per un disturbo significativo di personalità. Il perito psichiatra afferma che il quadro psicopatologico, in particolare la valutazione di personalità esula la possibilità di programmare un provvedimento di integrazione personale (vedi punto 6 del rapporto peritale psichiatrico); non appare chiaro se il disturbo di personalità esclude del tutto la possibilità di tali provvedimenti e per quale motivo. Non viene inoltre formulata una prognosi riguardo i disturbi psicofisici di cui è affetto l'assicurato. " (Doc. AI 55-1) Rispondendo alla richiesta di chiarimenti della dr.ssa _____ (doc. 56), il dr. _____, in data 20 febbraio 2006, ha precisato: " (...) Nella mia relazione specialistica alla voce status psichico ho fatto riferimento ad aspetti personologici del soggetto: "si ha l'impressione che egli presenta una scarsa autocritica delle sue risorse nonché dei suoi propri limiti ... e che abbia costruito un falso sé con dei meccanismi di difesa prevalentemente proiettivi ... mantenendo una posizione passiva e alle volte vittimistica". I n tale senso, se il soggetto dovesse entrare a formare parte di un programma di qualifica professionale, rischierebbe di mettere in atto queste attitudini: sia quella rivendicativa, oppure quella vittimistica (assumendo una posizione pseudoregressiva, oppure "rifugiandosi" nel vissuto drammatico del dolore corporeo). Sebbene il soggetto abbia dato prova di una certa capacità d'impegno lavorativo, da te esplicitato nel tuo rapporto, si tratta però di formazioni corte (corso d'inglese, corso di tecnica video, corso di contabilità presso la _____ di _____, corso di giornalismo concluso presso la _____ durato sette mesi). Confrontato con una formazione più articolata e lunga come quella della facoltà di scienze della comunicazione all' _____ di _____, egli non è riuscito a causa dei dolori. Per questo motivo sono del parere che non sia indicato procedere ad un intervento di riqualifica professionale in quanto si rischia di entrare in colluttazione con la sua tendenza all'iperidealizzazione delle sue proprie risorse, dopo che abbiamo avuto chiare prove della sua limitata capacità nel dovere concludere una formazione di lunga durata. " (Doc. 58-2+3) Nelle sue annotazioni del 22 marzo 2006 la dr.ssa _____ ha rilevato: " Nell'anamnesi si riscontra che l'assicurato è stato seguito dal dr. _____, medico psichiatra, da settembre 2002 ad agosto 2003 e a partire dal mese di gennaio 2004 dallo psicologo psicoterapeuta _____ nell'ambito di una depressione reattiva, in seguito a pesante situazione di mobbing, che è andata progressivamente migliorando. L'assicurato risulta essere seguito dallo psicologo con consultazioni ogni uno-due mesi. Sulla base della perizia pluridisciplinare - agosto 2005 - per quanto concerne il lato psichiatrico l'assicurato presenta una sindrome somatoforme da dolore persistente con disturbo misto di personalità; non emergono patologie psichiatriche di importante gravità e durata, non viene descritta una perdita d'integrazione sociale (a livello familiare l'assicurato risulta felicemente sposato con una figlia nata nell'agosto del 2004, pratica sport, coltiva i propri interessi, fa passeggiate, ha contatti regolari con amici), né limiti funzionali di rilievo. Da parte del perito psichiatra viene valutato un grado di capacità lavorativa, per qualunque attività professionale, nella misura del 90% a partire dal 01.01.2005: riguardo misure professionali il perito rileva una possibile difficoltà in relazione al disturbo di personalità, nell'attuazione di una eventuale riqualifica professionale (v. scritto del 16 marzo 2006), che ritiene quindi controindicata. " (Doc. 59-1) 2.8. L'assicurato ha contestato il progetto di attribuzione di una mezza rendita limitata nel tempo, trasmettendo all'amministrazione il certificato medico del 31 luglio

2006 del dr. _____, spec. FMH in medicina interna, del seguente tenore: " Certifico che il paziente sopra citato ce l'ho in cura dal 31.03.2005 in poi il suo stato di salute è peggiorato. Attualmente ha bisogno del Durogesic 50 mg per 72 ore. Fa regolarmente fisioterapia . Può stare in piedi o seduto per lavori d'ufficio, ma al massimo per mezza giornata. Una rivalutazione dal Dr. med. _____ per intanto non è ancora stata fatta. La visita è prevista entro fine anno. La sua capacità lavorativa per un lavoro d'ufficio è limitata per quanto concerne i dolori lombari che possono essere controllati con Durogesic 50 mg. " (Doc. 68-2) In corso di causa, questa Corte si è rivolta al dr. _____, sottoponendogli lo scritto del dr. _____, con invito ad apprezzare se tale referto è atto a modificare le sue conclusioni peritali (VI). Questa è stata la sua risposta, pervenuta al TCA in data 22 ottobre 2007: " Al momento del mio consulto di reumatologia del 5.7.2005 l'assicurato utilizzava già il Durogesic a un dosaggio di 50 mg/ora. Questo cerotto deve essere utilizzato per 72 ore dopodiché non è più efficace. All'epoca il paziente lo utilizzava per un'intera settimana il che è inabituale e illogico dal punto di vista della farmacodinamica. Ora il paziente utilizza sempre lo stesso medicamento, allo stesso dosaggio ma secondo le modalità usuali raccomandate. Il certificato non aggiunge alcun elemento nuovo rispetto al mio consulto di reumatologia del 5.7.2005." (Doc. IX) Il TCA ha pure interpellato il dr. _____, chiedendogli, alla luce dei suoi scritti del 4 luglio 2005 (doc. 51-22) e del 20 febbraio 2006 (doc. 58-2+3), se, dal profilo psichiatrico, conferma l'incapacità lavorativa del 10% in attività adeguate (VIII). Il dr. _____ ha dapprima ritenuto di non dover essere lui a rispondere a tale quesito, bensì i colleghi del SAM (doc. XI), mentre l'UAI, chiamato dal TCA ad esprimersi in merito all'opinione del dr. _____, ha confermato che l'assicurato è, da un punto di vista psichiatrico, inabile al 10% per qualsiasi professione, così come rilevato nel consulto psichiatrico peritale e confermato dalla dr.ssa _____ del SMR (XV). In seguito, dopo un sollecito da parte di questo Tribunale, con scritto del 26 novembre 2007, il dr. _____ ha così risposto alla richiesta di precisazioni del TCA: " Le rispondo a proposito della sua lettera del 17.10.2007. Confermo quanto da me definito nella mia valutazione specialistica del 21.06.2005, ossia che l'assicurato in questione presentava al momento della mia valutazione un grado di incapacità lavorativa pari al 10%. Confermo anche le mie diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10 F45.4) e di disturbo misto di personalità (ICD10 F61.0). La limitazione funzionale è stata riconosciuta soprattutto dalla sintomatologia algica, che era obbiettivabile in parte. Allo stesso tempo tale sintomatologia appariva, come già espresso, impregnata da una componente comportamentale con una tendenza dimostrativa ed esagerata. Per questo motivo la percentuale d'incapacità lavorativa è stata ridimensionata in una percentuale del 10%." (Doc. XVI) Questa Corte si è anche rivolta al consulente IP, invitandolo a spiegare le ragioni per le quali ha ritenuto di non applicare alcuna riduzione al reddito ipotetico rilevato dalle statistiche salariali, sebbene il ricorrente non possa lavorare a tempo pieno e debba svolgere delle attività con talune limitazioni funzionali (VII). Il consulente IP, con scritto del 26 ottobre 2007, ha risposto: " Normalmente oltre alla diminuzione della capacità lavorativa definita medicalmente vengono apportate delle riduzioni salariali supplementari (del 25% al massimo) quando, per uno o più motivi, si presume che il reddito conseguibile dall'assicurato invalido possa essere inferiore rispetto al salario di riferimento statistico. Nel caso concreto non ho rilevato tale necessità. Per la definizione del reddito potenzialmente raggiungibile da invalido (fr. 55'263.-) non ho ritenuto opportuno effettuare riduzioni oltre alla ridotta capacità lavorativa determinata in sede medica (85%-90%) in quanto, a mio

avviso, il signor RI 1 non ha limitazioni o impedimenti che si ripercuotono ulteriormente sulla capacità lavorativa. Ritengo il reddito di cui sopra compatibile con il profilo scolastico e professionale del signor RI 1, prendendo in considerazione non solo le qualifiche ottenute e le esperienze lavorative intraprese, ma anche le competenze linguistiche ed i diversi corsi effettuati in più ambiti di interesse. Una riduzione salariale supplementare si sarebbe rivelata a mio modo di vedere necessaria qualora l'assicurato non avesse disposto delle competenze necessarie per ambire ad un inserimento professionale diverso da quello rappresentato dalle "attività semplici e ripetitive" (categoria 4 dei rilevamenti statistici RSS) all'interno delle quali si trovano anche attività di manovalanza pesante e molto pesante." (Doc. XII/bis) 2.9. 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 tutti i mali 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 (Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). Il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 si è espresso sul 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 e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre

d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (consid. 3.2) Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, p. 571 seg., in particolare la nota 158, p. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tenere conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita di integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (cfr. STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). 2.10. Dopo attento esame della fattispecie, questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la valutazione effettuata dai periti del SAM, che soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico abbia pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.9.) e può quindi validamente servire da base al presente giudizio senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori misure d'istruzione (perizia medica giudiziaria). Essi hanno debitamente tenuto conto delle singole affezioni invalidanti di cui l'assicurato è affetto, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa dell'85%-90% sia nella sua precedente attività di capo-squadra/responsabile di zona nell'ambito dell'aiuto domiciliare, sia quale giornalista / video-reporter / fotografo, sia infine in attività leggere adeguate al suo stato di salute, rispettose delle regole dell'ergonomia, con possibilità di regolari cambiamenti di posizioni e brevi pause al bisogno. 2.10.1. Riguardo alla patologia somatica, nel suo consulto reumatologico del 5 luglio 2005 il dr. _____ ha attentamente esaminato le patologie dell'assicurato,

affetto da sindrome lombospondilogenica cronica su avanzata discopatia L5/S1, incipiente discopatia L4/L5; importante disfunzione dell'articolazione sacroiliaca sinistra probabilmente secondaria alle alterazioni degenerative lombari; disturbo di percezione e elaborazione del dolore in primo piano nell'ambito del processo di cronificazione, di una sindrome da disadattamento, di una reazione depressiva e di un disturbo della personalità. Sulla base di tali disturbi, il dr. _____ ha ritenuto che l'assicurato non possa più svolgere attività pesanti e mediamente pesanti; che possa effettuare, ma solo a tempo parziale (50%), attività leggere, che possano implicare posizioni statiche prolungate o lunghi spostamenti a piedi (come il lavoro di agente di sicurezza) e, infine, che possa svolgere, nella misura dell'85%-90%, attività leggere, che permettano il rispetto delle regole dell'ergonomia, che consentano al paziente brevi pause al bisogno e idealmente regolari cambiamenti di posizione (doc. 51-19). Il parere contrario del dr. _____ - che nel certificato medico del 31 luglio 2006 ha attestato di avere in cura l'interessato dal 31 marzo 2005, con un peggioramento dello stato di salute (doc. 68) - non può sovvertire le motivate conclusioni del SAM e in particolare del perito reumatologo, dr. _____. Al riguardo, il dr. _____ - invitato dal TCA ad esprimersi in merito all'eventuale influenza del suddetto certificato medico sulla sua valutazione peritale - nella sua risposta del 19 ottobre 2007, ha chiaramente indicato che il referto del dr. _____ non apporta nuovi elementi di giudizio atti a modificare le sue conclusioni peritali del 5 luglio 2005, dato che si limita ad indicare la necessità per l'assicurato di assumere un farmaco, già utilizzato al momento del consulto peritale reumatologico (doc. IX, sottolineatura della redattrice). Le osservazioni del dr. _____, precise e ben motivate, che confermano la sua precedente valutazione peritale, possono essere fatte proprie dal TCA. 2.10.2. Per quel che concerne la problematica psichiatrica, nell'ambito dell'accertamento peritale l'assicurato è stato visitato dal dr. _____ del _____. Nel rapporto del 4 luglio 2005 lo specialista in psichiatria e psicoterapia ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4) e un disturbo misto di personalità (ICD10-F61.0), che a suo avviso provocano un'inabilità lavorativa del 10% sia nella sua professione, sia in altre attività. Il perito ha evidenziato che la sindrome somatoforme che affligge l'assicurato è la conseguenza di una inadeguata gestione della rabbia e dell'aggressività, che si ripercuotono sulla persona. Il dr. _____ ha pure spiegato che probabilmente in passato l'interessato ha presentato degli episodi depressivi di media gravità (doc. 51-22). Lo specialista ha poi indicato che il disturbo di personalità impedisce all'assicurato di intraprendere una riqualifica professionale (doc. 51-23). Il dr. _____ ha spiegato che a suo parere non è indicato sottoporre l'assicurato a provvedimenti di reintegrazione professionale nello scritto del 20 febbraio 2006, in cui, rispondendo alla richiesta di precisazioni del SMR, ha evidenziato che qualora l'assicurato si trovasse confrontato con un provvedimento di riqualifica professionale, egli rischierebbe di mettere in atto attitudini rivendicative o vittimistiche (doc. 58/2-3). Il dr. _____ ha poi confermato, rispondendo ad una richiesta in tal senso del TCA, la sua valutazione relativa ad un'incapacità lavorativa dell'assicurato del 10%, dovuta alla sintomatologia algica, a sua volta impregnata da una componente comportamentale con una tendenza dimostrativa ed esagerata (doc. XVI). A detta perizia, che non evidenzia contraddizioni, può senz'altro essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai succitati criteri stabiliti dalla giurisprudenza. Del resto, l'assicurato non produce documentazione medica specialistica che dimostri l'esistenza di un'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica maggiore rispetto a quanto valutato in sede peritale. Occorre inoltre evidenziare, come rilevato nella perizia del SAM e ribadito

dalla dr.ssa _____ del SMR nelle sue annotazioni del 22 marzo 2006, che lo stato psicologico dell'assicurato - seguito dapprima, da un punto di vista psichiatrico, dal settembre 2002 all'agosto 2003, dal dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia e poi, a partire dal mese di gennaio 2004, dallo psicologo e psicoterapeuta _____, per una depressione reattiva a seguito del mobbing verificatosi sul posto di lavoro - è andato via via migliorando. Inoltre, per quel che concerne la sindrome somatoforme dolorosa, dalla perizia del _____ emerge che l'assicurato non presenta patologie psichiatriche di importante gravità e durata, non presenta una perdita di integrazione sociale e grazie ad una psicoterapia individuale potrebbe strutturare una posizione meno regressiva su di sé (sull'applicabilità dei principi restrittivi sviluppati dalla giurisprudenza per ammettere, a titolo eccezionale, che un disturbo del dolore somatoforme comporti una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo ad un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI , cfr. consid. 2.5., in particolare la sentenza del Tribunale federale I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352 e le successive STF I 1093/06 del 3 dicembre 2007; STF I 404/03 del 23 aprile 2004 e I 702/03 del 28 maggio 2004. Sulla non applicabilità di tali principi in caso di revisione della rendita, cfr. la sentenza del Tribunale federale I 901/06 del 23 novembre 2007). Nel suo referto peritale del 4 luglio 2005 il dr. _____ ha infatti escluso la presenza di una sindrome depressiva (cfr. sul tema la sentenza del Tribunale federale I 96/07 dell'11 dicembre 2007), indicando che probabilmente l'assicurato ha presentato, in passato, dei momenti di episodi depressivi di media gravità, che non sono tuttavia più presenti al momento dell'esame peritale, allorquando l'interessato “ non presenta nessun sintomo distimico. Il tono dell'umore è eutimico. Le funzioni cognitive sono inalterate ” (doc. 51-22, sottolineatura della redattrice). D'altra parte, il dr. _____, rispondendo ad una richiesta di precisazioni da parte del TCA circa il grado di inabilità lavorativa del 10% stabilito nel suo rapporto peritale (cfr. doc. VIII), ha confermato siffatta percentuale, rilevando che la limitazione funzionale è stata riconosciuta soprattutto a causa della sintomatologia algica, che era oggettivabile in parte, ma che appariva “ impregnata da una componente comportamentale con una tendenza dimostrativa ed esagerata ”, di modo che la percentuale di inabilità lavorativa è stata ridimensionata ad un 10% (doc. XVI). Inoltre, come rilevato dalla dr.ssa _____ del SMR nelle sue annotazioni del 22 marzo 2006, nel caso dell'assicurato non emergono patologie psichiatriche di importante gravità e durata, non vi sono limiti funzionali di rilievo e nemmeno viene descritta una perdita d'integrazione sociale, risultando per contro l'assicurato, a livello familiare, felicemente sposato, padre di una figlia nata nell'agosto del 2004, attivo socialmente praticando sport, coltivando i propri interessi, facendo passeggiate ed intrattenendo regolari contatti con amici (doc. 59-1). Il TCA non ha quindi motivo per distanziarsi dalla valutazione del dr. _____ in merito ad un grado di incapacità lavorativa dell'interessato, da un profilo strettamente psichico, del 10%, sia nella sua precedente professione, sia in qualsiasi altra attività. Al riguardo, non può essere prestata adesione alla critica del rappresentante dell'assicurato, a mente del quale, nel caso di specie, la presenza di una patologia psichiatrica “ esclude l'assunzione di un livello di responsabilità in qualsiasi tipo di lavoro e certamente nella precedente attività di capo-squadra soccorritori o altro ambiente di lavoro stressante ” (doc. XIX). Una tale valutazione, del tutto personale, del rappresentante dell'assicurato - che non è uno specialista della materia - non trova riscontro nella documentazione agli atti, in particolare nel rapporto peritale del dr. _____, che ha attestato una limitazione della capacità lavorativa dell'interessato, anche nella sua precedente attività, “solo” del 10% (doc. 51-22).

2.10.3. Pertanto, sulla base dell'affidabile e concludente perizia del SAM, alla quale va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.9.), ritenuto che non è subentrato un peggioramento dello stato valetudinario sino all'emanazione della querelata decisione, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) , è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che il ricorrente è totalmente incapace di riprendere a esercitare il lavoro originariamente appreso (meccanico o soccorritore professionale), ma presenta, a partire dal 1° gennaio 2005, un'abilità al lavoro dell'85%-90% sia nella sua precedente attività di capo-squadra/responsabile di zona nell'ambito dell'aiuto domiciliare, sia in attività leggere adeguate al suo stato di salute, rispettose delle regole dell'ergonomia, con possibilità di regolari cambiamenti di posizioni e brevi pause al bisogno, come ad esempio nella professione di giornalista / video-reporter / fotografo. 2.11. In queste condizioni , questo Tribunale, constatato che l'assicurato conserva una capacità lavorativa residua dell'85%-90% nella sua precedente attività di capo-squadra/responsabile di zona nell'ambito dell'aiuto domiciliare - nella quale, come vedremo (cfr. infra consid. 2.12.), è in grado di valorizzare al meglio la sua restante capacità lavorativa – ritenuto inoltre che, come visto in precedenza (consid. 2.10.2.), contrariamente a quanto sostenuto dal patrocinatore dell'assicurato, non vi è motivo alcuno per ritenere che, da un profilo psichiatrico, egli non possa svolgere la sua precedente attività nella misura dell'85%-90%, si deve procedere a un cosiddetto raffronto percentuale (cfr. DTF 114 V 310 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati; STFA del 21 agosto 2006 nella causa R., I 759/05, consid. 8; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, p. 154). Pertanto, il reddito da invalido che egli potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua corrisponde all'85%-90% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ricordato che gli specialisti del SAM hanno attestato un'incapacità lavorativa del 10%-15%. L'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta dunque al 10%-15%, ciò che è insufficiente per fare nascere il diritto a una rendita di invalidità dell'AI (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI). Già per questo motivo la decisione impugnata deve essere confermata. 2.12. Allo stesso risultato si arriverebbe peraltro anche prendendo in considerazione altre attività ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2005 (momento a partire dal quale vi è stato il miglioramento, da un punto di vista psichiatrico, delle condizioni di salute dell'interessato, come accertato nella perizia del SAM). 2.12.1. Per quel che concerne il reddito da valido , nella decisione su opposizione impugnata l'amministrazione ha preso in considerazione l'importo annuo di fr. 84'342.- (2004) riferito all'attività svolta presso l' _____ di _____ e all'attività a ore presso _____. Aggiornato al 2005, si ottiene un

reddito da valido di fr. 85'185.42. L'assicurato non ha contestato il reddito da valido ritenuto dall'Ufficio AI. 2.12.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg. In questa sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, 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.

2.12.3. Partendo dalla constatazione che l'applicazione di dati salariali statistici validi per tutta la Svizzera - quali quelli utilizzati dal TFA si rivela essere discriminante per gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, ritenuto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale, in una sentenza del 4 settembre 2000 nella causa R., pubblicata in R DAT I-2001, p. 250ss. e in SVR 2001 IV n. 35 - in seguito costantemente confermata ed applicata in tutti i settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie) - sentito preliminarmente il parere dell'allora direttore dell'Ufficio federale di statistica, dottor _____, ha così precisato la propria giurisprudenza: " In data 26 luglio 2000 il Presidente del TCA ha inviato al dottor _____, direttore dell'Ufficio federale di statistica, uno scritto del seguente tenore: "(...) Il Tribunale federale delle assicurazioni in una recente, chiara giurisprudenza prescrive di fondarsi, in molti casi, sulle vostre inchieste allorché dobbiamo determinare il reddito da invalido ancora conseguibile da lavoratori non qualificati con problemi di salute, che sono abili al lavoro soltanto in attività leggere adeguate. Al riguardo vengono in particolare utilizzati i salari fissati nella tabella TA1 (ad esempio CHF 4294.-- nel 1996, cfr. "L'enquête suisse sur la structure des salaires 1996" pag. 17, e per la giurisprudenza, Pratique VSI 2000 pag. 85). Al fine di applicare la giurisprudenza federale, in modo corretto, nel Cantone Ticino (considerato che l'altro termine di paragone per fissare il grado di invalidità è sostanzialmente il salario conseguito nel nostro Cantone dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute), mi occorre sapere: - possiamo utilizzare il valore statistico medio (ad es. CHF 4294.-- nel 1996) così come è anche per il Cantone Ticino? Per quale motivo? - In caso di risposta negativa: Perché no? Quale coefficiente di riduzione occorre applicare, al salario citato, per adattarlo alla situazione del nostro Cantone? (...)." (cfr. doc. V bis) Il dottor _____ ha così risposto in data 14 agosto 2000: " (...) Benché il campione dell'indagine svizzera sulla struttura dei salari sia definito per poter disporre di risultati rappresentativi a livello nazionale, è possibile ottenere anche una serie d'indicatori salariali per singole entità regionali, beninteso nel rispetto dei criteri di validità e di qualità statistiche ed

evidentemente ad un livello di aggregazione superiore. I valori dell'indagine sulla struttura dei salari del 1996 che Lei cita nella sua lettera possono dunque essere utilizzati legittimamente, dal punto di vista statistico, per il Cantone Ticino. In allegato Le invio tre tabelle relative ai salari mediani per l'anno 1998 (ultimi risultati disponibili), ripartiti in base al sesso e al livello di qualificazione richiesto dal posto occupato. I valori specifici per il Cantone Ticino sono i seguenti: - Nel 1998 (settore pubblico e settore privato), il salario lordo mediano per un uomo esercitante attività semplici e ripetitive (livello 4) era di 3'813.-- franchi al mese (cfr. tabella TA13). - È ancora possibile precisare che il 50% dei lavoratori dipendenti di questa stessa categoria guadagnava fra 3060 e 4704 franchi. Considerando unicamente il settore privato, il salario mediano (sempre per la stessa categoria di lavoratore dipendente) era di 3'611 franchi (cfr. TA 14). A titolo di confronto Le invio anche la tabella TA1 relativa ai salari mediani della Svizzera (settore privato), ripartiti stavolta per settore economico (...)." (cfr. doc. V bis) Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale ha quindi deciso che nell'applicazione dei dati statistici occorre utilizzare la tabella che riflette i salari versati nella nostra regione, sulla base della seguente argomentazione: " Se si ignorasse questo aspetto, sostenendo per ipotesi che siccome la LAINF è una legge federale occorre riferirsi ad un unico dato salariale statistico valido per tutto il paese (ad esempio CHF 4628.-- nel 1998 per un uomo, cfr. TA1; DTF 124 V 323; Pratique VSI 2000 pag. 85), si finirebbe per utilizzare dati salariali irrealistici ed in definitiva giungere ad un risultato che non garantisce l'uguaglianza di trattamento (cfr. DTF 126 V 36; DTF 126 V 48; STFA del 22 maggio 2000 nella causa I. (I 312/99); DTF 126 I 76)." Su questi argomenti, cfr. D. Cattaneo, La promozione dell'autonomia ..., in RDAT II-2003, p. 618-621 e in L'autonomia del disabile nel diritto svizzero, Ed. Istituto delle assicurazioni sociali e Helbing & Lichtenhahn, Bellinzona 2004, p. 124-128; D. Cattaneo, "La contribution du Tribunal des assurance du Canton du Tessin à la jurisprudence suisse en matière de sécurité sociale", in CGRSS n° 33-2004, p. 19 seg. (28-33); D. Cattaneo, "Sentenze recenti del Tribunale cantonale delle assicurazioni", in Temi scelti di diritto delle assicurazioni sociali, Ed. CFPG, Helbing & Lichtenhahn, Basilea-Ginevra-Monaco 2006, p. 135ss. (163-171). Nell'ambito di una procedura ricorsuale dinanzi al TFA, conclusasi con uno stralcio dai ruoli in seguito al ritiro del ricorso (cfr. STFA U 56/03 del 7 giugno 2006), la Presidente della Corte federale, giudice Leuzinger, il 28 aprile 2006 aveva informato le parti (e questo Tribunale) che, citiamo: " ... la Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito l'inapplicabilità dei valori regionali (Tabella TA13) di cui all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) – edita dall'Ufficio federale di statistica – per la determinazione del reddito ipotetico da invalido." In una sentenza U 75/03 del 12 ottobre 2006 (pubblicata in RtiD I 2007 pag. 216 segg. e in SVR 2007 UV n. 17 pag. 56), il TFA ha, per la prima volta, esposto le motivazioni che hanno spinto la Corte plenaria, il 10 novembre 2005, a prendere la decisione appena citata: " (...) 8.2 In primo luogo si osserva che, per un'ovvia questione di parità di trattamento (art. 8 Cost.), un'applicazione della tabella TA13 al solo Cantone Ticino deve essere esclusa se non si vuole creare un'inammissibile *lex ticinensis*. Analoghe considerazioni di praticabilità, di parità di trattamento e di sicurezza giuridica si oppongono quindi a un'applicazione alternativa delle tabelle nazionali (TA1) e di quelle regionali (TA13) come pure a un'applicazione delle prime ad alcune regioni e delle seconde alle rimanenti regioni. 8.3 Allo stesso modo, un'applicazione generalizzata delle tabelle

regionali TA13, al posto di quelle nazionali TA1, pur potendo, da un lato, in alcuni casi effettivamente creare le basi per una soluzione maggiormente vicina alla realtà economico-sociale concreta, dall'altro lato creerebbe, a ben vedere, anche nuovi problemi dovuti al fatto che all'interno delle medesime grandi regioni si registrano delle differenze, non sempre trascurabili. Ad esempio, nonostante le due regioni facciano parte della medesima grande regione "Mittelland", è notorio che i salari esistenti nel Canton Berna non sono gli stessi di quelli del Canton Giura. Allo stesso modo, per il Vallese occorrerebbe prendere in considerazione i salari relativi alla regione lemanica. Ora, nell'una e nell'altra ipotesi, l'applicazione dei valori regionali (TA13) al posto di quelli nazionali (TA1) si dimostrerebbe maggiormente sfavorevole per questi assicurati. Si pone quindi ugualmente la questione dell'assicurato che lavora(va) in un Cantone appartenente a un'altra grande regione, ad esempio del lavoratore giurassiano che lavora(va) nel Cantone di Basilea (città o campagna). Ora, se si intendesse determinare il reddito da invalido sulla base della tabella TA13, non si farebbe altro che spostare o restringere il cerchio geografico nel quale si iscrive ogni determinazione di un reddito ipotetico sulla base di valori statici. In questa maniera, però, si correrebbe pure il rischio di offuscare oltremodo l'obbligo o l'esigibilità per l'assicurato di ridurre il danno e di andare, se del caso e nei limiti ragionevoli, a cercare un'attività al di fuori della sua regione abituale. Si creerebbero nuove disparità nei confronti di assicurati che abitano a cavallo tra due o addirittura tre grandi regioni o di chi abita in una di queste regioni e lavora in un'altra. 8.4. A ciò si aggiunge che nella sentenza pubblicata in DTF 129 V 472, questa stessa Corte ha precisato che, laddove una tale operazione non fosse possibile sulla base di rilevamenti salariali DPL, il reddito da invalido va di principio definito sulla base dei dati statistici salariali ISS applicabili nell'insieme del settore privato (DTF 129 V 484). Ora, anche siffatta considerazione si opporrebbe a un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, concernenti il settore pubblico e privato. 8.5 Non può pertanto ammettersi una regionalizzazione nella determinazione dell'invalidità poiché una siffatta soluzione sarebbe incompatibile con il principio costituzionale di parità di trattamento come pure con il rango costituzionale delle assicurazioni invalidità e infortuni quali assicurazioni federali." In un'altra sentenza I 790/04 del 18 ottobre 2006, il TFA ha ancora rilevato: " Quanto alla questione della tabella applicabile tra le varie riportate dall'ISS, il Tribunale federale delle assicurazioni ha recentemente stabilito, con decisione della Corte plenaria del 10 novembre 2005, non potersi (più) fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13, riferentesi ai salari in relazione alle grandi regioni (cfr. pure la sentenza del 22 agosto 2006 in re K., I 424/05, consid. 3.2.3; v. inoltre la sentenza 12 ottobre 2006 in re S., U 75/03). Il reddito ipotetico da invalido deve di conseguenza essere valutato sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato. Alla luce di quanto precede non vi è (più) spazio alcuno per ammettere una riduzione dei salari statistici, quale quella operata dai primi giudici, che tenga conto, ispirandosi ai salari corrisposti in un vicino cantone, che l'assicurato vive in una regione economicamente meno forte. Anche sotto questo aspetto non può pertanto trovare conferma la valutazione del tasso d'invalidità compiuta dalla Corte di prime cure." Alla luce di questa chiara giurisprudenza federale (cfr. sul tema: L. Grisanti "Nuove regole per la valutazione dell'invalidità " in RTiD II-2006 pag. 311 segg.), il reddito da invalido deve dunque essere determinato dal TCA applicando i valori nazionali (Tabella TA1). Spetta semmai al Parlamento o al Consiglio federale intervenire su questo tema, se lo riterranno opportuno. Il 22 giugno 2007 il Consiglio nazionale ha accolto una mozione del 2 ottobre 2006 no. 06.3466 del Consigliere nazionale Meinrado Robbiani il quale chiede che

il "Consiglio federale proceda con sollecitudine ad ovviare a questa distorsione, adeguando le disposizioni di applicazione della legge sull'assicurazione invalidità". Il nuovo art. 28a cpv. 1 LAI introdotto nell'ambito della 5a revisione della LAI, approvata dal popolo il 17 giugno 2007, dispone che sarà il Consiglio federale a definire il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Il 17 dicembre 2007 il Consigliere federale Pascal Couchepin, rispondendo ad una domanda (07.5369) del Consigliere nazionale Meinrado Robbiani ha preannunciato che "pour respecter les différences salariales dans les diverses régions de Suisse, il est prévu d'opérer sur le salaire ressortant de l'enquête sur la structure des salaires en Suisse une réduction qui tient compte des différenciations régionales. La mise en oeuvre de cette règle est prévue pour le premier trimestre 2008 au moyen de circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales" e, invitato a precisare se riteneva sufficiente una semplice circolare, ha sottolineato quanto segue: " Monsieur Robbiani, je ne suis pas en mesure de vous affirmer avec toute l'autorité juridique nécessaire si oui ou non une circulaire est suffisante. Mais ce que je vais faire, c'est demander à mes collaborateurs si je dois moi-même signer la circulaire dans la mesure où, comme vous le dites, il devrait y avoir une décision politique claire. On va vérifier le point sur lequel vous attirez notre attention." Questo Tribunale si limita a ricordare che, secondo la giurisprudenza, il principio dell'uguaglianza di trattamento proibisce, citiamo: "de faire, entre divers cas, des distinctions qu'aucun fait important ne justifie", ma anche "de soumettre à un régime identique des situations de fait qui présentent entre elles des différences importantes et de nature à rendre nécessaire un traitement différent (cfr. DTF 129 I 3; DTF 127 V 454; Zbl 2005 p. 87ss. (89-90); A. Auer-G. Malinverni-M. Hottelier, "Droit constitutionnel suisse", Vol. II, Stämpfli Editions SA, Berna 2006, p. 484 n. 1030 e 499 n. 1061). 2.12.4. Per determinare il reddito ancora esigibile dall'assicurato nonostante il danno alla salute, l'amministrazione ha quindi giustamente fatto riferimento ai dati statistici nazionali della Tabella TA1. Orbene - utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2004 una professione che presuppone conoscenze professionali specializzate (colonna 3) 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. 5'550. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2007, p. 94), esso ammonta a fr. 5'772 mensili oppure a fr. 69'264 per l'intero anno (fr. 5'772 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (" Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2005 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 6-2007, p. 91), un reddito mensile di fr. 5'821.68 oppure di fr. 69'860.2 per l'intero anno (fr. 5'821.68 x 12). Al riguardo il consulente in integrazione professionale _____, nel suo rapporto del 6 luglio 2006 (Doc. AI 60-1 - 60-3) ha rilevato che: " (...) In considerazione del percorso scolastico e socio-professionale dell'A. che è in possesso di numerose competenze che spaziano in diversi ambiti professionali (socio-sanitario, giornalistico, della sicurezza, a livello informatico) ritengo non ci siano i presupposti (e la necessità) per applicare provvedimenti professionali volti al conseguimento di una qualifica di base. L'A. ha tutte le carte in regola (sia da un punto di vista formativo che delle esperienze professionali e personali) per reintegrarsi nel mercato del lavoro in diversi tipi di attività, anche di livello medio-alto, adeguate ai problemi di salute (ad esempio in ambito giornalistico, come operatore di

centrale < servizio ambulanza, pompieri, ... >, eventualmente anche in ambito commerciale e amministrativo). Ritengo quindi che per la determinazione del reddito da invalido sia corretto riferirsi a quanto previsto dalle statistiche teoriche RSS, categoria 3, mediana (il campo di ricerca lavorativa dell'A. non è sicuramente quello delle "attività semplici e ripetitive"). Il problema riguarda l'identificazione di una posizione lavorativa e non concerne una mancanza di conoscenze o competenze da parte dell'A." (Doc. AI 60-2)

L'assicurato ha contestato l'utilizzo, per il calcolo del reddito da invalido, della colonna 3 della tabella TA1 (conoscenze professionali e specializzate) invece della colonna 4 (attività semplici e ripetitive). Fra gli atti medici a disposizione non v'è alcuna esplicita precisazione secondo cui l'assicurato non sia attualmente in grado di svolgere un'attività che comporti delle responsabilità, né tale affermazione è desumibile dalle tavole processuali. Al contrario, l'assicurato è in possesso di attestati di capacità ed esperienza professionale e personale (cfr. curriculum vitae dell'assicurato, doc. 1 pagg. 7-8; certificato di capacità come meccanico, doc. 1 pag. 11; certificato di soccorritore professionale e relativo certificato di riconoscimento della _____, doc. 1 pagg. 12-13; certificato di partecipazione al corso "_____", doc. 1 pag. 14; attestato di frequenza al corso-base per sezioni ed attestato di corso "_____", entrambi della _____, doc. 1 pagg. 15-16; attestato di frequenza al corso di gestione organizzativa aziendale, informatica - livello avanzato, della Scuola d'informatica di _____, doc. 1 pag. 18; attestato di frequenza al corso "Manifestazioni e locali pubblici" della _____, doc. 1 pag. 19; certificato di lavoro presso il _____, di _____, doc. 1 pag. 20; certificato di lavoro presso l'_____, doc. 1 pag. 21; iscrizione al corso di giornalismo della _____, doc. 1 pag. 22) sufficienti a giustificare l'utilizzo della colonna 3 della tabella TA1 per il calcolo del reddito ancora esigibile. Del resto, l'assicurato stesso ha espresso il desiderio di reinserirsi nel mondo del lavoro grazie ad un'attività di tipo indipendente, e tale desiderio non è mai stato messo in discussione né attraverso gli atti medici a disposizione, né dal consulente in integrazione professionale (cfr. doc. 60-2). Il reddito ipotetico così determinato deve ancora essere ridotto del 15% in considerazione del fatto che l'assicurato può esercitare un'attività lavorativa adeguata soltanto a tempo parziale (85%-90%). Esso si fissa dunque in fr. 59'381.17 (l'amministrazione ha invece applicato una riduzione del 12%, cfr. doc. 62-1).

2.12.5. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. _____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h.

wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa). 2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievor), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor),

sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügbaren 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, " en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé " (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA

ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Nella concreta evenienza, l'amministrazione non ha applicato sul reddito statistico da invalido alcuna decurtazione. Chiamato dal TCA ad illustrare le ragioni per le quali non ha applicato alcuna riduzione al reddito ipotetico rilevato dalle statistiche salariali, sebbene il ricorrente non possa lavorare a tempo pieno e debba svolgere delle attività con talune limitazioni funzionali (VII), il consulente IP, con scritto del 26 ottobre 2007, ha risposto di non avere ritenuto opportuno effettuare riduzioni in quanto l'assicurato non ha, oltre alla ridotta capacità lavorativa determinata in sede medica (85%-90%), ulteriori limitazioni o impedimenti che si ripercuotono ulteriormente sulla capacità lavorativa. Egli ha aggiunto che una riduzione salariale supplementare si sarebbe rivelata necessaria qualora l'assicurato non avesse disposto delle competenze necessarie per ambire ad un inserimento professionale diverso da quello rappresentato dalle "attività semplici e ripetitive" (categoria 4 dei rilevamenti statistici RSS) all'interno delle quali si trovano anche attività di manovalanza pesante e molto pesante (doc. XII/bis). Queste argomentazioni del consulente IP non possono essere condivise da parte di questo Tribunale. Sulla base della giurisprudenza citata, infatti, una riduzione percentuale del salario statistico medio è stabilita dopo un esame delle circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione). Ai fini della riduzione del reddito statistico nella presente fattispecie, va innanzitutto osservato che, a dipendenza del danno alla salute, l'assicurato è stato sì giudicato in grado di esercitare un'attività sostitutiva, ma soltanto nella misura dell'85%-90%. Ora, secondo la giurisprudenza federale, non è possibile rinunciare a decurtare il reddito statistico per il solo fatto che l'assicurato può svolgere un'attività adeguata soltanto in misura parziale: " In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird richtig festgehalten, dass einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich nicht durch einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der Rechtsprechung gemäss BGE 126 V 75 Rechnung zu tragen ist. Vielmehr ist von einer entsprechend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es kann mit anderen Worten keinen Unterschied machen, im Rahmen eines Vollzeitpensums lediglich 75 % der ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu erwartenden Leistung oder bei einem Arbeitspensum von 75 % die volle Leistung zu erbringen. Der erwähnte Abzug vom Tabellenlohn will der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit aus bestimmten Gründen (persönliche, berufliche und leidensspezifische Merkmale) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg auf dem in Betracht fallenden (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt verwertet werden kann (BGE 126 V 80 oben). So kann es beispielsweise aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus eine Rolle spielen, ob bei einem entsprechend reduzierten Arbeitspensum eine volle Leistung möglich ist, oder ob dieselbe Leistung lediglich im Rahmen eines Vollzeitpensums erbracht werden kann und auch bei reduziertem Arbeitspensum mit einer gewissen Leistungseinbusse zu rechnen ist. Im Weiteren kann einer erschwerten Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit allenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik auf einen anderen als auf den durchschnittlichen Lohn in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors («Total») abgestellt wird (BGE 129 V 483 Erw. 4.3.2; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347 [U 240/99]). Diese Ausnahmeregelung kommt

indessen nur zum Zuge, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit derart enge Grenzen gesetzt sind, dass praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten Wirtschaftszweiges ausser Betracht fallen (RKUV 2001 Nr. U 439 S. 348 f. Erw. 3c/cc).“ (STFA del 15 marzo 2006 nella causa L., U 471/05) Altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione sul reddito statistico da invalido, non ve ne sono (in particolare, non l'età dell'assicurato, nato nel 1972). Tutto ben considerato, quindi, conformemente alla giurisprudenza citata in precedenza, il TCA è dell'avviso che con una riduzione globale del 10% (5% per gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute e 5% per il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale), si tenga adeguatamente conto delle specifiche circostanze del caso concreto. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 10%, ammonta quindi a fr. 53'443.05 (90% di fr. 59'381.17). Alla luce del reddito da valido di fr. 85'185.42 (cfr. consid. 2.12.1), il grado di invalidità dell'insorgente risulta essere del 37.26% (arrotondato al 37% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2), dunque in ogni caso inferiore alla soglia minima del 40% stabilita dall'art. 28 cpv. 1 LAI per avere diritto ad una rendita. 2.13. Non essendo dato un grado d'invalidità giustificante l'erogazione di una rendita d'invalidità (art. 28 cpv. 1 LAI; cfr. anche l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI), l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente negato l'attribuzione della rendita a partire dal 1° aprile 2005 (al riguardo va evidenziato che la rendita è stata attribuita dal mese di gennaio 2004 al mese di marzo 2005, in quanto giusta l'art. 88a OAI s e la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. In concreto, i medici del SAM hanno dichiarato l'assicurato abile al 85%-90% sia nella sua professione, sia in altre attività lavorative leggere, precisando che la patologia psichiatrica ha giustificato un'incapacità lavorativa del 100% dal 31 gennaio 2003 al 31 dicembre 2003, al 50% dal 1° gennaio 2004 e nella misura del 10% dal 1° gennaio 2005, cfr. doc. 51-12). La decisione contestata deve, quindi, essere confermata. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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