

## **TI\_GERICHTE 32.2008.34 vom 13. Februar 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-02-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.34](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.34)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.34 du 13 février 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.34 del 13 febbraio 2008

### **Regeste**

Decisione con la quale UAI ha attribuito ad un assicurato 1/2 rendita dal 7.05 va riformata nel senso che egli ha diritto a 3/4 dal 7.05, come proposto da UAI nella risposta di causa, vista CL del 50% in attività meno stressanti, nelle quali subisce un'incapacità lucrativa del 65%

### **Erwägungen**

#### **E. 23**

giugno 2008 enuncia i medesimi principi, ricalcando quanto previsto dall'art. 58 PA. A tale proposito giova segnalare che l'Alta Corte ha avuto occasione di dichiarare compatibile con il diritto federale il fatto che i Cantoni prevedano una procedura corrispondente all'art. 58 LPA, fondandosi su delle disposizioni esplicite o seguendo per analogia una certa prassi (DTF 127 V 94 consid. 2; RCC 1992 pag. 123 consid. 5a, DTF 103 V 109 consid. 2). L'art. 6 LPTCA prevede che l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare la decisione impugnata. Essa notifica immediatamente una nuova decisione alle parti e la comunica al Tribunale (art. 6 cpv. 2). Quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione (art. 6 cpv. 3, 1a frase). Nel caso in esame l'Ufficio AI, nella risposta di causa del 14 marzo 2008, dopo aver indicato di aver riesaminato la decisione impugnata, giungendo alla conclusione che, applicando una riduzione del 10% al reddito da invalido, l'assicurato ha diritto a tre quarti di rendita di invalidità e non solo a mezza rendita come stabilito nella decisione su opposizione impugnata, ha chiesto al TCA di accogliere parzialmente il ricorso e di riformare la decisione impugnata nel senso di riconoscere all'interessato  $\frac{3}{4}$  di rendita a partire dal 1° luglio 2005 (doc. IV; consid. 1.3.). Con scritto del 27 marzo 2008, il patrocinatore dell'interessato, preso atto della proposta di parziale accoglimento del ricorso formulata dall'UAI, ha ribadito le contestazioni ricorsuali concernenti l'esigibilità lavorativa dell'assicurato, nella misura del 50%, in attività adeguate e l'ammontare della riduzione percentuale da applicare al reddito da invalido (doc. VI). Pertanto, non corrispondendo la proposta dell'UAI alle richieste del ricorrente, il TCA deve entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp.

216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é 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. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des

Sozialversicherungsrechts, 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 questi 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, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.5. Per chiarire la situazione dal profilo medico, l'UAI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia cardiologica (dr. \_\_\_\_\_), quella neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e quella psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_). L'aspetto cardiologico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, Capo servizio del Servizio di cardiologia e angiologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, il quale, nel suo referto del 17 maggio 2006, ha posto le diagnosi di "sincopi verosimilmente di origine vasovagale; ipertensione arteriosa fluttuante; piccolo prolasso della valvola mitralica con minima insufficienza" (doc. 18-23). Lo specialista ha indicato che, tenuto conto di queste patologie, l'assicurato è da considerare abile al lavoro al 100% nella sua precedente attività di consulente previdenziale e in altre attività non pericolose (doc. 18-24+25). Il dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che l'interessato dispone, dal lato cardiaco, di piene risorse, con la sola eccezione teorica per quelle attività pericolose in cui un'alterazione, seppur breve, dello stato di coscienza dovuto ad una sincope o presincope può portare a gravi conseguenze per se stesso o per gli altri (pilota, autista professionista di mezzi pesanti, gruista, carpentiere, ecc.) (doc. 18-25). L'aspetto neurologico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 13 luglio 2006, ha posto le diagnosi di "occasionalì sincopi vasovagali (neurocardiogene) nell'ambito probabilmente di un disturbo ansioso-depressivo; ipertensione arteriosa labile" (doc. 18-28). Il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato che, in assenza

di patologie neurologiche, non vi sono elementi neurologici che inducano a ritenere che le occasionali manifestazioni vagali giustifichino una duratura limitazione della capacità lavorativa (doc. 18-28). Il dr. \_\_\_\_\_ ha inoltre rilevato che la prognosi a medio-lungo termine soggiace alle possibilità di cure psichiatriche (doc. 18-28). Infine, l'aspetto psichico è stato vagliato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, medico-chirurgo specialista in psichiatria, la quale, nel suo referto del 5 giugno 2006, ha posto le diagnosi di "reazione depressiva prolungata (luglio 2004) (ICD10-F43.21); sindrome ansiosa generalizzata (ICD10-F41.1); disfunzione vegetativa somatoforme (ICD10-F45.3); nevrosi di carattere non altrimenti specificata (ICD10-F60.9)" (doc. 18-18). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha considerato l'assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività presso il precedente datore di lavoro, ma abile al lavoro al 50% nel ramo economico ma in un ambito lavorativo meno stressogeno rispetto al precedente e in altre attività adeguate, purché assuma correttamente la terapia farmacologica. In caso contrario, egli è da considerare inabile al lavoro al 75% (doc. 18-19). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha sottolineato l'utilità di provvedimenti tesi alla riqualifica professionale dell'interessato, che potrebbero partecipare a riaprire una comunicazione con il mondo del lavoro e la realtà sociale e a recuperare un senso di presenza e di efficacia che ora non può registrare (doc. 18-20). In assenza di tale programma di intervento, la prognosi dell'assicurato rischia di caratterizzarsi per una progressiva chiusura sociale, che acuirebbe e sosterebbe il mantenimento dei disturbi psico-fisici (doc. 18-20). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha poi consigliato una nuova valutazione dell'assicurato a distanza di un anno dall'inizio del programma di ricollocamento lavorativo (doc. 18-21). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 24 luglio 2006, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "reazione depressiva prolungata da luglio 2004 (ICD10-F43.21); sindrome ansiosa generalizzata (ICD10-F41.1); disfunzione vegetativa somatoforme (ICD10-F45.3); nevrosi di carattere non altrimenti specificata (ICD10-F60.9)", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa quelle di "occasionalì sincopi vasovagali (neurocardiogene) nell'ambito probabilmente del disturbo ansioso-depressivo; ipertensione arteriosa fluttuante; piccolo prolasso della valvola mitralica con minima insufficienza; ipercolesterolemia da trattare; tabagismo cronico" (doc. 18-9). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% nella sua precedente attività di consulente previdenziale bancario, ma abile al lavoro al 50% in un ambiente lavorativo "meno stressogeno" (doc. 18-13). I medici del SAM hanno, a tal proposito, indicato quanto segue: "(...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Predominante appare la patologia psichiatrica che è caratterizzata dalla presenza di una reazione depressiva prolungata da luglio 2004 associata ad una sindrome ansiosa generalizzata e a una disfunzione vegetativa somatoforme, nonché a una nevrosi di carattere non altrimenti specificata. Tali patologie rendono l'A. inabile al lavoro nell'attività finora svolta presso il precedente datore di lavoro. L'A. non può rientrare nel precedente posto di lavoro così gravemente caratterizzato dal punto di vista personale e del vissuto emotivo, lavoro che ha profondamente destabilizzato l'emotività dell'A., che ha vissuto il datore di lavoro in modo minaccioso e preoccupante. La destabilizzazione emotiva sul posto di lavoro riduce massicciamente il suo rendimento, perdendo la sua capacità di competenza, causa perdita di concentrazione, costanza e resistenza allo sforzo. Pertanto, nell'attività svolta presso il precedente datore di lavoro e simili, l'A. è inabile al 100% per la problematica psichiatrica. L'ambiente di lavoro in cui ha lavorato favorisce ed acuisce i

disturbi psichici dello stesso e pertanto è inadeguato. La patologia neurologica e quella cardiologica non concorrono a ridurre la capacità lavorativa dell'A.. Lo stato di salute dell'A. va considerato ridotto così come descritto a partire da luglio 2004 in avanti. 9

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE L'A.** è abile al lavoro nella misura del 50% in un ambiente lavorativo meno stressogeno. Le sue capacità culturali e tecniche lo rendono compatibile con provvedimenti di ricollocamento e riqualifica professionale in una tale attività. Dovrebbe trattarsi di un lavoro per esempio in un ambiente pubblico dove si possa avvalere delle sue competenze, senza che egli senta la minaccia costante di dover aumentare gli introiti. Dal punto di vista psicologico un programma di riqualifica o di ricollocamento non è controindicato, anzi la riapertura a spazi sociali non minacciosi, potrebbe essere utile spazio d'esercizio delle abilità ancora presenti di spinta al processo di recupero psicologico. In assenza di un programma di intervento di ricollocamento e di riqualifica, la prognosi dell'A. rischia di caratterizzarsi per un incistamento della sintomatologia e una progressiva chiusura sociale che acuirebbe e sosterebbe il mantenimento dei sintomi psicofisici. (...)" (Doc. 18-13) Contro il progetto dell'UAI di attribuzione di una mezza rendita di invalidità, l'assicurato ha prodotto i seguenti certificati medici: - certificato del 9 marzo 2007 del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, il quale ha attestato che l'assicurato è inabile al lavoro al 100%, causa malattia, dal 19 luglio 2004 (doc. 31-1). - certificato del 31 marzo 2007 del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, indirizzato all'UAI, del seguente tenore: " Le trasmettiamo, così come convenuto e richiesto dal nostro paziente citato in epigrafe, l'aggiornamento circa il suo stato di salute. I disturbi depressivi di cui soffre hanno assunto da tempo le caratteristiche della cronicizzazione. La reazione allo stress subito ha assunto la connotazione di disturbo prolungato nel tempo. Si aggiungano la sindrome ansiosa generalizzata e i disturbi somatoformi acuti: ipertensione, vari episodi di perdita di conoscenza ad impronta neurologica. Da circa quattro anni il signor RI 1 incontra enormi difficoltà a raggiungere gli obiettivi imposti dal datore di lavoro, \_\_\_\_\_, e inizia lentamente ma progressivamente ad accumulare ed a subire le conseguenze direttamente nell'ambito lavorativo e nella vita privata in modo allarmante. Le pressioni e le minacce di licenziamento non hanno avuto altro effetto che gettare il paziente nello sconforto e nella depressione totale, come hanno confermato d'altronde anche i referti medico-assicurativi precedenti. Dopo qualche miglioramento garantito dalla buona risposta alla farmacoterapia, interviene un ulteriore cedimento di tutte le funzioni vitali psicologiche, cognitive e volitive. Nel luglio 2004 interrompe definitivamente l'attività lavorativa. È sopraffatto dalla perdita della motivazione, dal ritiro sociale, dalla depressione e dall'ansia; ha perso lo slancio vitale e l'iniziativa che dovrebbero permettergli di progettare una ripresa costruttiva e affettiva della sua vita. Attualmente presenta un preoccupante stato abbandonico, teme qualsiasi evento imprevisto esterno, si sente minacciato, non è in grado di affrontare qualsivoglia impegno sia a livello personale, sia a livello socio-professionale. Il signor RI 1 è incapace di assumere un impegno lavorativo nella misura del 100% indipendentemente dal tipo di attività a cui possa essere confrontato. È entrato in un vicolo senza uscita a causa delle condizioni professionali rese oggettivamente depressogene, alla base delle quali emerge un'anamnesi psichiatrica significativa. Non capiamo quali presupposti portino all'idea che traumi psicologici rilevanti possono essere risolti con "attività teoricamente esigibili" come riferisce la dott.ssa \_\_\_\_\_ in modo quantomeno sbrigativo nella sua valutazione psichiatrica per il SAM del 5 giugno 2006. Contestiamo quindi la possibilità di una reintegrazione nel mondo del lavoro, sia parzialmente, sia in veste di riqualificazione

professionale. È stata a lungo nostra preoccupazione stimolare il paziente per un rientro socio-professionale terapeutico, invalidata purtroppo da un decorso ingravescente, vieppiù invalidante, della psicopatologia di base." (Doc. 33-1+2) Al riguardo, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), nelle sue annotazioni del 27 aprile 2007, ha indicato: " Ho letto attentamente la valutazione clinica, gli status specialistici con le limitazioni funzionali presenti e le conclusioni sulle esigibilità residuali citate nel SAM 6.2006 (psichiatrico, neurologico e cardiologico) e personalmente le ritengo coerenti e ben redatte ed ottemperanti i criteri di qualità richiesti ad una perizia neutrale pluridisciplinare quale un SAM. In fase di audizione si riporta un certificato medico del dr. \_\_\_\_\_ che non attesta nuovi particolari eventi e un rapporto psichiatrico del dr. \_\_\_\_\_ che attesta, come già prima del SAM, una piena IL senza però presentare un decorso tale da motivare obiettivi dati da non reputare attuale la valutazione del SAM." (Doc. 34-1) Nella procedura di ricorso davanti al TCA, l'assicurato ha nuovamente contestato le conclusioni dei medici del SAM, senza tuttavia produrre nuova documentazione medica. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi

imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins

et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)" Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 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 tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori

descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM il 24 luglio 2006, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato infatti sottoposto ad un accurato esame cardiologico, grazie al consulto specialistico del dr. \_\_\_\_\_, dal quale è emerso che egli è abile al lavoro al 100% nella sua precedente attività di consulente previdenziale e in altre attività adeguate. Il dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che l'interessato sarebbe inabile al lavoro unicamente in certe attività pericolose, in cui un'alterazione seppur breve dello stato di coscienza, dovuta ad una sincope o presincope, comporterebbe gravi conseguenze per sé o per gli altri (come ad es. nell'attività di pilota, autista professionista, gruista, carpentiere, ecc.) (doc. 18-24+25). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato pure sottoposto, in data 28 febbraio 2007, ad un esame neurologico, grazie al consulto specialistico del dr. \_\_\_\_\_, dal quale è emerso che egli non presenta delle patologie neurologiche invalidanti, motivo per il quale, da questo profilo, deve essere considerato pienamente abile al lavoro (cfr. doc. 18-28). Queste conclusioni specialistiche, che del resto non sono state contestate attraverso dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie neurologiche con influsso sulla capacità lavorativa residua, possono essere fatte proprie dal TCA. Infine, per quanto concerne la patologia psichiatrica, nel suo consulto peritale del 5 giugno 2006, la dr.ssa \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di "reazione depressiva prolungata (luglio 2004) (ICD10-F43.21); sindrome ansiosa generalizzata (ICD10-F41.1); disfunzione vegetativa somatoforme (ICD10-F45.3); nevrosi di carattere non altrimenti specificata (ICD10-F60.9)", ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 100% nella sua precedente attività lavorativa di consulente previdenziale, ma abile al lavoro al 50% in attività adatte, come ad esempio in attività economiche pubbliche, "dove ci si possa avvalere delle sue competenze senza che egli senta la minaccia costante di dover "aumentare" gli introiti, cosa che in uno spazio pubblico riteniamo meno rilevante" (doc. 18-19). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da queste conclusioni del perito psichiatra, che non sono del resto state smentite da altri certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Se, infatti, in sede di osservazioni al progetto di decisione dell'UAI, l'assicurato ha contestato la perizia psichiatrica della dr.ssa \_\_\_\_\_, trasmettendo un certificato medico redatto dallo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, attestante una totale incapacità al lavoro – che secondo il dr. \_\_\_\_\_ del SMR non apportava elementi obiettivi in grado di sovvertire le conclusioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ - nella procedura ricorsuale l'interessato non ha prodotto alcun referto medico specialistico a comprova della sua asserita totale inabilità lavorativa. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è

però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato 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 i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che, a partire dal mese di luglio 2004, l'assicurato ha presentato un grado di incapacità lavorativa del 100% nella sua precedente professione di consulente previdenziale, ma sia da considerare abile al lavoro al 50% in attività adeguate, dove utilizzare le sue competenze, ma in un ambiente lavorativo meno stressante rispetto al precedente. La questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008 citata al consid. 2.6.). Ora, nel caso concreto, il consulente IP, nel suo rapporto del 17 gennaio 2007, riguardo alle attività esigibili ha indicato quanto segue: " Secondo il parere medico, l'assicurato non può più esercitare la sua precedente attività (perché gravemente caratterizzata dal punto di vista personale e dal vissuto emotivo) o simili. Ritengo però che egli possa utilizzare le competenze acquisite durante il suo percorso scolastico e le esperienze professionali effettuate per sfruttare la capacità lavorativa del 50% definita medicalmente. Sicuramente le attività a lui ancora esigibili non appartengono alla categoria dei lavori semplici e ripetitivi (categoria 4 delle statistiche RSS), ma almeno a quella superiore (categoria 3, conoscenze professionali specifiche). Non ritengo opportuno l'utilizzo della categoria 2 (lavoro indipendente e molto qualificato) in quanto sicuramente fonte di stress e di conseguenza non adeguato alla situazione psichica dell'assicurato." (Doc. 22-2) Il patrocinatore ha contestato le conclusioni dei medici del SAM relative alle attività ancora esigibili dall'assicurato in un ambito pubblico, affermando che l'eventuale capacità lavorativa residua dell'interessato (comunque contestata) sarebbe tutt'al più sfruttabile solo in un ambito "protetto", ritenendo che sul mercato generale del lavoro non esista un'attività lavorativa in ambito economico, nel settore pubblico, da svolgere in un ambiente poco stressante (I e VI). Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale sottolinea che i medici del SAM hanno specificato che le patologie (psichiatriche) dell'assicurato causano una totale inabilità al lavoro "nell'attività finora svolta presso il precedente datore di lavoro", rendendo impossibile per l'interessato "rientrare nel precedente posto di lavoro così gravemente caratterizzato dal punto di vista personale e del vissuto emotivo, lavoro che

ha profondamente destabilizzato l'emotività dell'assicurato", di modo che "la destabilizzazione emotiva sul posto di lavoro riduce massicciamente il suo rendimento, perdendo la sua capacità di competenza, causa perdita di concentrazione, costanza e resistenza allo sforzo" (doc. 18-13, il corsivo è della redattrice). Per contro, i medici del SAM hanno evidenziato che l'assicurato è abile al lavoro al 50% "in un ambiente lavorativo meno stressogeno", come ad "esempio in un ambiente pubblico dove si possa avvalere delle sue competenze, senza che egli senta la minaccia costante di dovere aumentare gli introiti" (doc. 18-13, il corsivo è della redattrice). Va a questo proposito evidenziato che in una sentenza I 456/05 del 27 novembre 2006, concernente il caso di un assicurato, in precedenza attivo quale fiduciario, che nonostante il danno alla salute era stato ritenuto ancora abile al lavoro al 70% nella sua professione e in altre attività leggere, il Tribunale federale, confermando la sentenza emessa da questo Tribunale (cfr. STCA 32.2004.95 del 19 maggio 2005), si è così espresso in merito alle attività lavorative ancora esigibili dall'interessato: "(...) 4.2.3 Contrariamente a quanto sostenuto dall'assicurato e come peraltro già rilevato dal primo giudice, l'attività di riferimento esigibile malgrado l'invalidità non è quella da lui precedentemente svolta, altamente stressante ed incompatibile con il suo stato valetudinario, di intermediario finanziario continuamente in viaggio e costantemente alle prese, (anche) di notte, con i corsi borsistici internazionali. La nozione di fiduciario o intermediario finanziario non si limita forzatamente alla professione altamente rischiosa e stressante cui fa riferimento l'assicurato, bensì comprende, in senso lato, altre attività più "tranquille" e compatibili con lo stato di salute dell'interessato. Come giustamente fa notare l'amministrazione con il proprio ricorso, la stessa professione può infatti essere esercitata a vari livelli, dal più stressante e impegnativo al più ordinario. A dimostrazione di quanto ampia sia ad esempio l'accezione del termine "intermediario finanziario", è sufficiente il rinvio alla legge sul riciclaggio di denaro (LRD; RS 955.0), la quale al suo art. 2 fornisce per l'appunto una definizione molto vasta, comprendente in particolare qualsiasi persona che, a titolo professionale, accetta o custodisce valori patrimoniali di terzi o fornisce aiuto per investirli o trasferirli, e in particolare le persone che: a) negoziano crediti (segnatamente sotto forma di crediti al consumo o di crediti ipotecari, di factoring, di finanziamento di transazioni commerciali oppure di leasing finanziari); b) forniscono servizi nel campo delle operazioni di pagamento, in particolare effettuano trasferimenti elettronici per conto di terzi, oppure emettono o amministrano mezzi di pagamento come carte di credito e assegni di viaggio; c) commerciano, per conto proprio o per conto di terzi, biglietti di banca e monete, strumenti del mercato monetario, divise, metalli preziosi, materie prime e valori mobiliari (carte valori e diritti valori), nonché strumenti derivati; e) gestiscono patrimoni; f) effettuano investimenti in qualità di consulenti in materia; g) custodiscono o gestiscono valori mobiliari. Quanto ai rischi associati all'attività di intermediario finanziario, basti consultare il sito internet dell'organismo di autodisciplina dell'Unione svizzera dei fiduciari, dal quale risulta come ad esempio le attività di fiduciario immobiliare, i mandati di gestione patrimoniale con procura limitata, i servizi nel campo delle operazioni di pagamento in Svizzera o nell'Unione europea ecc. siano connessi con dei rischi definiti di entità debole (<http://sro.stv-usf.ch/documents/Foglio-info-analisi-rischi.pdf>). A quest'ampia gamma di attività, ragionevolmente esigibili nonostante il danno alla salute, deve riferirsi la valutazione del reddito da invalido. In questo senso non vi è alcuna incongruenza nei pareri espressi dai periti del Servizio X. \_\_\_\_\_ . Ad ulteriore conferma del fatto che amministrazione e primo giudice hanno preso in considerazione, quali attività di riferimento ragionevolmente esigibili, occupazioni più tranquille e confacenti allo stato valetudinario

dell'assicurato, vi è pure la circostanza che essi, per determinare il reddito da invalido, si sono riferiti ai dati statistici salariali riguardanti l'intermediario finanziario in possesso sì di specifiche conoscenze professionali (cfr. ad es. ISS 2002, tabella TA1, pag. 43, cifra 65, livello di esigenze 3), ma comunque non esercitante le attività più esigenti e più difficili o comunque attività indipendenti e altamente qualificate (livello di esigenze: colonna 1 e 2). Per converso, l'attività precedente, già solo per i redditi accertati e per le responsabilità ricoperte, potrebbe anche essere qualificata quale attività rientrante nella categoria 1 e 2 (in questo senso si veda anche la vicinanza tra il reddito senza invalidità sopra accertato e il guadagno medio nazionale riportato nella tabella TA1 di cui all'ISS, colonna 1 e 2 per gli intermediari finanziari: fr. 10'828.- mensili).

4.2.4 Ne discende che la valutazione dell'amministrazione e del primo giudice in merito alle attività ragionevolmente esigibili nonostante il danno alla salute dev'essere confermata, al pari delle considerazioni espresse circa la piena compatibilità di tali attività con lo stato cardiovascolare (v. a conferma dell'apprezzamento del Servizio X. \_\_\_\_\_ anche il rapporto 19 maggio 2004 del dott. L. \_\_\_\_\_, responsabile del servizio medico regionale dell'AI, con il quale è stato evidenziato come la frazione di eiezione, valore indicante la contrattilità miocardica, fosse variata da ca. 20% in fase di malattia acuta, a 35-40% in occasione della perizia del Servizio X. \_\_\_\_\_, e aumentata al 50%, a indicare un buon funzionamento della funzionalità) come pure di quelle pronunciate in merito alle limitazioni riscontrate a livello psichiatrico e neurologico, comunque in parte compensabili con il supporto di mezzi ausiliari elettronici e informatici (v. ad esempio rapporto peritale del Servizio X. \_\_\_\_\_ 21 ottobre 2003, pag. 13: "Come aiuto sul lavoro si consiglia l'uso di agende, eventualmente agende elettroniche"). Ulteriori verifiche in questo senso non sono necessarie, dalle stesse non potendosi attendere con ogni verosimiglianza nuovi elementi probatori di rilievo - in aggiunta a quelli che sono già stati evidenziati dai numerosi specialisti fin qui intervenuti - suscettibili di modificare l'esito del presente apprezzamento (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti)." (STF succitata, sottolineatura della redattrice) Alla luce di questa giurisprudenza, il TCA non può ritenere, come preteso dal patrocinatore, che sul mercato del lavoro non esistano professioni nell'ambito dei servizi "meno stressanti" rispetto a quella svolta in precedenza dall'interessato, nelle quali l'assicurato potrebbe mettere a frutto le sue conoscenze e competenze professionali. Al contrario, questo Tribunale ritiene che, analogamente a quanto deciso dal Tribunale federale in merito all'attività di intermediario finanziario, l'assicurato - che ha maturato diverse esperienze professionali in ambito economico (presso alcune casse malati e assicurazioni, poi nel ramo bancario, ottenendo da ultimo il titolo di economista aziendale SUP, cfr. doc. 22-1) - possa trovare sul mercato del lavoro delle attività sicuramente nel settore dei servizi o, se del caso, nel più ampio settore della produzione e dei servizi, meno stressanti rispetto a quella svolta in precedenza e compatibili con il suo danno alla salute. Non si può invece ritenere, contrariamente al caso dell'intermediario finanziario sopra esposto giudicato dal TF, che l'assicurato possa sfruttare la sua residua capacità lavorativa nel suo precedente ramo di attività assicurativo-finanziario, dato che nel caso di specie l'assicurato non svolgeva prima del danno alla salute una professione così stressante come quella dell'intermediario finanziario continuamente in viaggio e costantemente alle prese, anche di notte, con i corsi

borsistici internazionali, bensì quella di consulente previdenziale bancario, già di per sé meno stressante. A conferma di ciò, va rilevato che nella sua precedente attività l'assicurato percepiva un reddito che, come vedremo qui di seguito (cfr. consid. 2.10.), rientra nei valori statistici del settore finanziario-assicurativo, livello di qualifica 3, mentre nel caso giudicato dal TF quell'assicurato, nella sua attività di intermediario finanziario, con grandi responsabilità, percepiva un reddito rientrante nella categoria 1 e 2 e avrebbe quindi potuto svolgere un'attività meno stressante, sempre nel suo ambito lavorativo, ma con un livello di qualifica 3.

2.8. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. 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 (visto che l'assicurato è inabile al lavoro al 100% nella sua professione dal mese di luglio 2004). L'amministrazione ha eseguito il raffronto dei redditi con riferimento all'anno 2004, motivo per il quale i redditi da valido e da invalido vanno aggiornati al 2005.

2.9. Per quel che concerne il reddito da valido, nella decisione del 13 febbraio 2008 l'UAI ha quantificato il reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire da sano nel 2004 in fr. 77'740.- (cfr. doc. 22-2), conformemente a quanto indicato il 26 luglio 2005 dal precedente datore di lavoro (doc. 10-4). L'assicurato ha contestato l'ammontare del reddito da valido preso in considerazione dall'amministrazione, indicando che esso dovrebbe essere pari almeno a fr. 88'633, nell'ipotesi a lui maggiormente sfavorevole (I). L'UAI, in sede di risposta di causa, tenendo conto delle critiche ricorsuali dell'assicurato, ha determinato in fr. 89'881.80 l'ammontare del reddito da valido, osservando quanto segue: " In relazione al reddito da valido occorre osservare che la riduzione della capacità lavorativa per il danno alla salute essenzialmente psichico è riconosciuta dal 2004 (perizia SAM, p. 13). Il reddito soggetto ad AVS conseguito nel periodo precedente (1999: fr. 90'219.-, 2000: fr. 93'291.-, 2001: fr. 82'759.-, 2002: fr. 102'155.-, 2003: fr. 80'958.-) ammonta in media a fr. 89'881.80 (doc. 44 inc. A)." (Doc. IV) Nella presa di posizione del 27 marzo 2008, il patrocinatore dell'interessato non ha contestato l'ammontare del reddito da valido stabilito dall'UAI nella risposta di causa (cfr. doc. VI). Il TCA non ha quindi motivo per distanziarsi dall'ammontare citato. Adeguando tale importo al 2005, si ottiene un reddito da valido di fr. 90'780.62 (+1% per il 2005, cfr. tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali, dei prezzi al consumo e dei salari reali, 1990-2007, pubblicati sul sito dell'Ufficio federale di statistica).

2.10. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11.1; STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Il Tribunale federale ha inoltre ricordato che "nel caso di un invalido che, dopo l'insorgenza del danno alla salute, può compiere soltanto lavori leggeri e non impegnativi dal punto di vista intellettuale, il relativo reddito è di principio determinato in base alla media del salario lordo (valore totale) conseguibile per attività semplici e ripetitive (livello di esigenza 4 sul posto di lavoro) nel settore privato in conformità alle tabelle A dell'ISS (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U240/99 del 7 agosto 2001 consid. 3c/cc, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 pag. 347; cfr. pure DTF 129 V 472 consid. 4.2.1. pag. 476 con riferimento)" (cfr. STF 8C\_334/2008 del

## **E. 26**

novembre 2008) Nel suo rapporto del 17 gennaio 2007, il consulente IP ha stabilito che, tenuto conto delle competenze acquisite durante il suo percorso scolastico (scolarità superiore e, nel 1991, acquisizione del titolo di economista aziendale SSQUEA, poi trasformato in quello di economista aziendale SUP nel 2001) e delle esperienze professionali effettuate (di alto livello, essendo stato attivo dapprima presso alcune casse malati e assicurazioni; in seguito, avendo ricoperto la funzione di consulente di investimenti e poi capo-produttore, sostituto gerente presso una banca e, infine, assunto quale consulente previdenziale presso \_\_\_\_\_), l'assicurato potrebbe ancora, malgrado il danno alla salute, svolgere delle attività che sicuramente "non appartengono alla categoria dei lavori semplici e ripetitivi (categoria 4 delle statistiche RSS), ma almeno a quella superiore (categoria 3, conoscenze professionali specifiche). Non ritengo opportuno l'utilizzo della categoria 2 (lavoro indipendente e molto qualificato) in quanto sicuramente fonte di stress e di conseguenza non adeguato alla situazione psichica dell'assicurato" (doc. 22-2). Dal raffronto dei redditi, emerge che il consulente ha utilizzato, per stabilire il reddito da invalido, i dati forniti dalla Tabella TA1 2004, nel settore privato svizzero globale, livello di qualifica 3, per un uomo, pari a fr. 69'264 (doc. 22-2). Quanto all'applicazione, nella determinazione del reddito da invalido, del livello di qualifica 3, relativo a conoscenze professionali specializzate, questo Tribunale, contrariamente a quanto preteso dal patrocinatore, condivide la scelta dell'amministrazione, alla luce delle vaste competenze dell'interessato. Infatti, come giustamente indicato dal consulente in integrazione professionale, nel suo rapporto del 17 gennaio 2007, le attività professionali ancora esigibili

dall'assicurato non sono quelle appartenenti alla categoria dei lavori semplici e ripetitivi (livello 4 delle statistiche RSS), ma quelle che prevedono conoscenze professionali specifiche (livello 3 delle statistiche RSS), viste le competenze professionali acquisite negli anni dall'interessato. Il consulente ha invece correttamente escluso l'utilizzo del livello 2, riguardante un lavoro indipendente e molto qualificato, in quanto sicuramente fonte di stress e quindi non adeguato alla situazione psichica dell'assicurato (cfr. doc. 22-2). In una recente sentenza 9C\_780/2008 del 22 dicembre 2008, concernente il caso di un ingegnere, il Tribunale federale ha confermato l'applicazione dei dati statistici relativi al livello di qualifica 3, osservando: " 3.4.1 Soweit der Versicherte vorbringt, die von der Vorinstanz als massgebend erachtete Tabelle TA1, Ziffern 40 und 41, Energie- und Wasserversorgung, sei nicht anwendbar, kann ihm nicht beigespflichtet werden. Nachdem aus ärztlicher und berufsberaterischer Sicht eben gerade Arbeiten im Bereich Energie als zumutbar erachtet werden und der Beschwerdeführer dazu auch auf Grund seines Berufs als diplomierter Ingenieur FH Versorgungstechnik in der Lage ist, besteht kein Grund, den Durchschnittslohn im gesamten privaten Sektor heranzuziehen. Dass die Vorinstanz den Durchschnittslohn gemäss Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) als Invalideneinkommen berücksichtigt hat, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Das vom Beschwerdeführer als einschlägig erachtete Anforderungsniveau 4 betrifft den Durchschnittslohn für einfache und repetitive Arbeiten, die keine Berufsausbildung voraussetzen. Weshalb dem Versicherten, der über einen Fachhochschulabschluss als Ingenieur verfügt, nur noch derartige Hilfsarbeiten mit geringen intellektuellen Anforderungen zumutbar sein sollen, vermag nicht einzuleuchten." Per quanto riguarda, invece, il dato statistico da usare per determinare il reddito da invalido (che secondo l'UAI dovrebbe essere quello relativo ad un'attività generica nel settore privato, Tabella TA1, dato totale) , va evidenziato che nella sentenza I 456/05 del 27 novembre 2006, citata in precedenza, relativa all'attività di intermediario finanziario, il Tribunale federale ha considerato non corretto l'utilizzo dei dati statistici relativi all'insieme del settore privato, applicati da questo Tribunale (cfr. STCA 32.2004.95 del 19 maggio 2005), ma ha ritenuto applicabili i dati statistici nazionali relativi al settore finanziario. L'Alta Corte si è infatti così espressa in merito a tale argomento: " (...) 4.4 Resta da stabilire l'importo base - sul quale si è già pronunciata la Corte cantonale nel giudizio di rinvio - al quale l'amministrazione, una volta compiuto il complemento istruttorio, dovrà orientarsi per la determinazione del guadagno da invalido (sulla portata e l'impugnabilità di simili indicazioni nell'ambito di una decisione di rinvio cfr. ad esempio la sentenza inedita del 28 luglio 1987 in re C., I 76/87, dove il Tribunale federale delle assicurazioni ha statuito che qualora l'autorità giudiziaria statuente disponga il rinvio della causa perché l'amministrazione decida secondo schemi vincolanti, sono pure impugnabili i motivi appartenenti all'oggetto litigioso cui il dispositivo del giudizio non faccia riferimento). 4.4.1 Riferendosi ai valori medi nazionali di cui all'ISS 2002 (TA1, pag. 43, cifra 65, livello di esigenze 3), l'amministrazione ha stabilito questo importo base in fr. 80'364.- annui o fr. 6'697.- mensili. 4.4.2 Per parte sua, il primo giudice, riferendosi ai valori regionali ticinesi riportati nella tabella TA13 di cui all'ISS 2002 (pag. 62, livello di esigenze 3), ha quantificato questo dato in fr. 60'970.- annui. 4.4.3 Nel suo ricorso, l'UAI contesta l'operato dell'autorità giudiziaria cantonale e rileva che se anche ci si volesse riferire alle medie salariali ticinesi, dalla nuova inchiesta sulla struttura dei salari specifica alle grandi regioni, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica nel 2004, risulterebbe, per l'anno 2002, un salario base mensile di fr. 6'992.- nella professione di intermediario

finanziario, quindi addirittura superiore e maggiormente sfavorevole per l'assicurato rispetto a quello stabilito dall'amministrazione facendo capo ai dati statistici nazionali. A ciò si aggiungerebbe che l'importo di base preso in considerazione dalla Corte cantonale sarebbe approssimativo in quanto afferente a un'attività generica nel settore privato e non alla professione di intermediario finanziario ancora esercitabile dall'assicurato. 4.4.4

Recentemente, mediante decisione della Corte plenaria del 10 novembre 2005, il Tribunale federale delle assicurazioni ha avuto modo di esprimersi sull'applicabilità dei dati statistici relativi alle "grandi regioni" (tabella TA13) di cui all'ISS per determinare il reddito ipotetico da invalido (cfr. sentenza del 12 ottobre 2006 in re S., U 75/03, consid. 8, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale). In tale occasione questa Corte ha stabilito che la precedente prassi che tollerava l'applicazione dei valori regionali non poteva più essere ammessa essendo incompatibile con il principio costituzionale di parità di trattamento come pure con il rango costituzionale delle assicurazioni invalidità e infortuni quali assicurazioni federali (sentenza citata, consid. 8.5).

4.4.5 Già solo per questo motivo, l'intervento del primo giudice a correzione dell'importo base determinato dall'amministrazione per il calcolo del reddito da invalido non può trovare tutela. Dovendo partire dal dato mensile considerato dall'UAI (fr. 6'697.-) e dovendolo adeguare alla durata oraria settimanale nel settore finanziario (41,5 ore [La Vie économique, 6/2006, pag. 86, tabella B9.2]), l'importo di riferimento per il calcolo del reddito da invalido va stabilito in fr. 83'377,65 annui (fr. 6'697 x 41,5 : 40 x 12). In questa misura, il ricorso dell'UAI merita di essere accolto." Nel caso di specie, tuttavia, diversamente del caso appena citato, l'assicurato, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.7.), non può essere considerato ancora abile al lavoro nel suo precedente ramo di attività (finanziario-assicurativo), ma solo in altre attività meno stressanti, quantomeno nell'ambito dei servizi o, più in generale, nel più vasto settore della produzione e dei servizi. Va, al riguardo, segnalato che, in una sentenza 8C\_708/2007 del 21 agosto 2008 - concernente un assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività di tecnico del suono, ma ancora abile al lavoro al 100% in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali - il Tribunale federale ha stabilito che il reddito da invalido dell'interessato andava determinato in base ai dati statistici di cui alla Tabella TA1, prendendo in considerazione il dato relativo all'insieme del settore privato, al livello di qualifica 3, viste le conoscenze professionali qualificate dell'assicurato. L'Alta Corte si è così espressa: " 5.4 Lorsqu'un assuré ne met pas à profit sa capacité de travail restante après l'accident, son revenu d'invalide doit être calculé sur une base théorique et abstraite. Ce faisant, on ne saurait toutefois se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480). Pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. Aussi, quand bien même l'activité de régisseur de production serait à la portée de C. \_\_\_\_\_, celle-ci ne peut-elle être considérée comme représentative de ce que le prénommé pourrait réaliser en tant qu'invalide. Il y a bien plutôt lieu de s'appuyer, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, sur les statistiques salariales comme le prévoit la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références). En outre, contrairement à ce que voudrait la

recourante, on ne voit pas de motifs particuliers qui commanderaient de s'écarter de la règle générale d'après laquelle sont applicables les conditions salariales de l'ensemble du secteur privé et non pas d'une seule branche économique ( ATF 129 V 472 consid. 4.3.2 p. 484; RAMA 2001 n° U 439 p. 347). En revanche, au vu de l'expérience de l'intimé, on doit admettre que celui-ci possède des connaissances professionnelles qualifiées justifiant la prise en considération de la catégorie de salaire 3. Quant à la déduction du salaire statistique de 5% opérée par les premiers juges, elle n'est pas critiquable compte tenu de l'âge de l'intéressé et du fait qu'il avait travaillé depuis 1987 auprès du même employeur (cf. ATF 126 V 75 ; consid. 3b publié à la RAMA 2002 U 467 p. 513 de l'arrêt ATF 128 V 174 ). Le salaire de référence est donc celui auquel pouvaient prétendre en 2004 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé à un niveau de qualification 3, soit 66'600 fr. par an [5'550 fr. x 12]. Ce montant doit être rapporté à un horaire hebdomadaire de travail de 41,6 heures (cf. Annuaire statistique de la Suisse 2006, p. 101, T 3.2.4.19), ce qui donne un salaire de 69'264 fr. [66'600 x 41,6 : 40]. Après un abattement de 5%, le revenu d'invalidé s'établit à 65'800 fr..” Il TCA ritiene, pertanto, che nella determinazione del reddito da invalido dell'interessato, ancora abile al 50% in attività adatte, meno stressanti della precedente, sia corretto applicare il dato relativo all'insieme del settore privato della Tabella TA1, livello di qualifica 3, concernente una vasta gamma di attività adeguate allo stato di salute dell'interessato, come ritenuto dall'amministrazione. In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2004 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 così 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. 5'829.72 oppure di fr. 69'956.64 per l'intero anno (fr. 5'821.68 x 12). L'assicurato, quale consulente previdenziale presso \_\_\_\_\_, avrebbe guadagnato, nel 2005, fr. 89'881.80/anno per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito appare in linea con la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 89'935.25/anno; cfr. Tabella TA1 2004 p.to 66 “Assicurazioni”, livello di qualifica 3, dopo adeguamento all'evoluzione salariale per il 2005 : fr. 7'135.-- X 12 mesi : 40 x 41.6 [La Vie économique, 12-2008, pag. 94, tabella B9.2] x 1.01 [v. La Vie économique, 12-2008, pag. 95, tabella B10.2]). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008 sopra menzionata. Ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.7.), da un punto di vista medico, l'assicurato può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 50%, il reddito statistico citato va ridotto del 50% e ammonta a fr. 34'978.32 ( fr. 69'956.64 ridotti del 50% ). 2.11. 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 I 147/05 del 25 luglio 2005, 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.

## **E. 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 hievore), 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 U 420/04 del 25 luglio 2005, 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 verfügten 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 35.2004.104 del 25 aprile 2005, 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 pronunzia 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.) 2.12. In concreto, l'UAI, nella decisione del 13 febbraio 2008, non ha applicato al reddito da invalido nessuna riduzione percentuale, conformemente a quanto figura dal consulente IP nel rapporto del 17 gennaio 2007 (doc. 22-2). L'assicurato ha contestato questo modo di agire dell'UAI, ritenendo opportuno applicare, conformemente ai criteri giurisprudenziali validi in materia, una riduzione percentuale del 20%, così giustificata: "10% per le gravi limitazioni, tali da imporre un ambito lavorativo protetto, 5% per attività fortemente limitata al 50% nonostante l'attività "protetta", 5% per l'età prossima al pensionamento", cfr. doc. I). Nella risposta di causa, accogliendo parzialmente le critiche dell'assicurato, l'UAI ha accordato una riduzione percentuale del 10%, osservando: " In concreto, ritenute l'età avanzata (59 anni) e le difficoltà connesse al necessario cambiamento di attività, si giustifica una ulteriore riduzione del 10% (5% per l'età e 5% per il cambiamento di attività)." (Doc. IV) Rispondendo ad un'esplicita richiesta del TCA volta a chiarire i motivi per i quali, contrariamente alla giurisprudenza federale in materia, l'UAI non ha ritenuto opportuno applicare una percentuale di riduzione per tenere conto del fatto che l'assicurato può esercitare un'attività lavorativa adeguata solo a tempo parziale, l'amministrazione ha osservato quanto segue: " Si richiamano e si riconfermano le osservazioni UAI del 3.4.2008, basate sulla valutazione del caso specifico del Consulente in integrazione professionale, il quale ha ritenuto che la riduzione della capacità lavorativa del 50% è nel caso specifico sufficientemente considerata con la riduzione medico teorica. Secondo la giurisprudenza, la riduzione in funzione dell'attività a tempo parziale non è sistematica e la riduzione, in casu del 10%, sul salario statistico, sul massimo del 25%, rappresenta una riduzione globale per il caso specifico e non la somma dei singoli aspetti." (Doc. XIII) Al riguardo, il patrocinatore dell'interessato, nello scritto del 13 febbraio 2009, ha ribadito che una riduzione solo del 10% è troppo esigua e non tiene conto della capacità lavorativa residua a tempo parziale dell'interessato (XV). Nel caso di specie, questo Tribunale non ha motivo per scostarsi dalla riduzione percentuale del 10% (5% per l'età e 5% per il cambiamento di attività) proposta dall'amministrazione in sede di risposta di causa (IV). Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che, per costante giurisprudenza il giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr.

DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Per un caso in cui il TF ha ritenuto di non apportare alcuna riduzione percentuale malgrado l'attività a tempo parziale, cfr. la sentenza del Tribunale federale STF 9C\_780/2008 del 22 dicembre 2008, concernente il caso di un ingegnere, citata in precedenza. Va del resto sottolineato che, come giustamente rilevato dall'amministrazione nella risposta di causa, "anche senza l'applicazione della riduzione sociale del 10% il ricorrente presenterebbe un grado di invalidità del 61%, con il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita" (doc. IV). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2005, partendo da un salario da invalido di fr. 69'956.64 e ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50%, ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 31'480.5 (fr. 34'978.32 - (fr. 34'978.32 x 10 : 100)). Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 90'780.62 (consid. 2.9.), emerge un tasso d'invalidità del 65.32%, arrotondato al 65% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto a tre quarti di rendita di invalidità, come proposto dall'UAI in sede di risposta di causa. Il risultato non cambia anche aggiornando i redditi (da valido e da invalido) al 2007 (ultimi dati disponibili) (dato che, come visto in precedenza, occorre valutare se vi è stata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento sino al momento della decisione impugnata, cfr. consid. 2.4. in fine). Dal raffronto tra il reddito da valido, aggiornato al 2007, di fr. 93'339.91 – ossia fr. 90'780.62 +1.2% per il 2006 e +1.6% per il 2007, cfr. tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali, dei prezzi al consumo e dei salari reali, 1990-2007, pubblicati sul sito dell'Ufficio federale di statistica - e da invalido di fr. 32'075.36 – ossia fr. 70'156.08 (2006) aggiornati al 2007, per un importo di fr. 71'278.58 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in *La Vie économique*, 9-2008, p. 99), cui apportare una riduzione del 50% per motivi medici e del 10% per altri motivi - emerge infatti un grado di invalidità del 65.64%, arrotondato al 66%. Tale risultato dà comunque diritto a tre quarti di rendita di invalidità. La decisione impugnata va dunque modificata nel senso che l'assicurato, dal 1° luglio 2005, ha diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita di invalidità, come proposto dall'UAI nella risposta di causa. 2.13. Parzialmente vincente in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPG). 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, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 200.-- in misura di fr. 100.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 100.-- che vanno a carico del ricorrente. 2.15. L'assicurato ha chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 1.3.). Ritenuti l'esito della lite e il diritto a ripetibili parziali, tale richiesta, per quanto attiene alla parte per la quale l'insorgente è vincente in causa, è divenuta priva di oggetto (cfr. DTF 124 V 310 consid. 6; STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02; STFA dell'8 novembre 2001 nella causa F., U 134/99; STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T. contro INSAI e TCA, U 59/99; STFA del 2 agosto 1999 nella causa H.D contro UAI e TCA, I 360/97; STFA del 19 novembre 1998 nella causa S.S contro CCC, P 7/97 e STFA del 27 aprile 1998 nella causa INSAI contro A.C. e TCA, U 18/97). Per la parte del ricorso in cui il ricorrente è soccombente, egli può invece essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia le relative condizioni (cfr. DTF 124 V 301 consid. 6). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPG nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al

gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, in relazione con l'art. 69 LAI, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG Kommentar, Basilea, ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s; SVR 2004 no. 5 pag. 17 consid. 2.1; cfr. anche STFA 7 maggio 2007 nella causa B., I 134/06, consid. 5.1) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria [in seguito: Lag]), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). Dal certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria (cfr. doc. IV1) emerge che l'assicurato, divorziato, è senza attività lucrativa. Egli ha indicato di percepire fr. 1'026.-- mensili di rendita AI e fr. 2'207.-- mensili di rendita da \_\_\_\_\_ (doc. VIII/bis), per un reddito complessivo di fr. 3'233.--. L'assicurato ha poi dichiarato una sostanza di fr. 9'012.-- - precisando che si tratta di un "conto privato presso la banca \_\_\_\_\_ di circa fr. 3'564.--, più 80 azioni \_\_\_\_\_, più qualcosa in contanti, fr. 4'000 circa" (doc. VIII/bis) – e di possedere un'autovettura \_\_\_\_\_ del 1999, il cui valore è quasi nullo essendo accidentata (cfr. doc. VIII/bis). Quanto alle uscite, l'assicurato deve far fronte a fr. 1'100.-- quale importo base mensile per se stesso, stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Tale ammontare comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° gennaio 2001). Bisogna poi computare il canone di locazione per l'abitazione a carico dell'istante, che ammonta a fr. 1'150.-- al mese, più fr. 120.-- mensili di spese e fr. 120.-- mensili per il parcheggio, e i premi afferenti all'assicurazione malattia, pari a fr. 588.40 mensili, per delle uscite mensili di fr. 3'078.40. L'assicurato ha poi indicato di avere dei debiti: fr. 12'786.-- nei confronti di \_\_\_\_\_ e di fr. 5'800.-- di imposte (doc. VIII/bis). Dalla documentazione prodotta, risulta che l'assicurato non ha pagato fr. 569.-- di imposta federale diretta 2007 e fr. 667.-- di imposta comunale 2008 (cfr. allegati al doc. VIII/bis). Al riguardo, il TCA rileva che vanno considerati i debiti relativi alle imposte scadute (cfr. RAMI 2000 N. 119 pag. 155 consid. 2; RAMI 1996 N. 254 pag. 208 consid. 2; DTF 124 I 2 consid. 2a; STFA del 18 giugno 2003 nella causa M., consid. 5.2.), ma non quelli relativi a debiti privati, i quali non possono essere conteggiati (cfr. STFA del 17 marzo 2000 nella causa Winterthur c/ D., U 219/99; STF del 6 novembre 1996 nella causa S., 5P.356/1996). In concreto, aggiungendo all'importo di base di fr. 1'100 il supplemento del 15-25%, a cui si fa riferimento nella suevocata giurisprudenza federale, tenendo conto dei debiti relativi alle imposte, risultano uscite per fr. 3'724.05 risp. 3'834.05, e, quindi, nel primo caso, un ammanco di fr. 491.05 al mese e, nel secondo, di fr. 601.05 al mese. Poiché tuttavia

l'assicurato ha dichiarato di possedere della sostanza (fr. 3'564 sul conto bancario, più 80 azioni \_\_\_\_\_ pari a fr. 5'448, più fr. 4'000 in contanti, cfr. doc. VIII/bis), come emerge anche dalla notifica di tassazione relativa al periodo di assoggettamento 1.1.2007 - 31.12.2007 (in cui è indicato che egli dispone di fr. 9'012 di capitale e fr. 4000 di "numerario, biglietti banca, oro e metalli preziosi) il richiedente non può essere considerato indigente, in quanto con questi beni (cfr. STFA non pubbl. succitata p. 3/consid. 2), può far fronte sia all'ammacco mensile che alle spese (ridotte) derivanti dalla presente procedura. In simili condizioni, tenuto anche conto, da un lato, che ai redditi va pure aggiunto l'importo relativo ai tre quarti di rendita AI cui l'interessato ha diritto dal 1° luglio 2005 in luogo della mezza rendita AI calcolata, dall'altro, che, come indicato al consid. 2.14., le spese a carico dell'assicurato ammontano all'esiguo importo di fr. 100.--, non può essere ammessa l'indigenza del ricorrente e la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, per la parte del ricorso in cui il ricorrente è soccombente, va respinta.

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