

TI_GERICHTE 32.2010.282 vom 7. September 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-09-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.282

FR: TI_GERICHTE 32.2010.282 du 7 septembre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.282 del 7 settembre 2010

Regeste

Corretta la decisione con la quale UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera AI limitata nel tempo, poi ridotta a 1/2 rendita alla luce del miglioramento delle condizioni di salute dell'interessato, con conseguente grado AI del 54%

Erwägungen

E. 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi

sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchsteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 ; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein

rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...) 2.3 Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (ATF 137 V 232-233 e 236-237) Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l' invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell' ambito dell' assicurazione per l' invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell' occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'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). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "

(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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). 2.12. Preliminarmente, il TCA rileva che, contrariamente a quanto preteso dal patrocinatore dell'assicurato – a mente del quale "conformemente alle cifre marginali 9020 e 9021 CIGI, "per lo stesso danno alla salute l'AI non può stabilire un grado di invalidità diverso da quello stabilito dall'AINF o dall'AM", motivo per il quale l'amministrazione avrebbe dovuto giungere alla conclusione che "a far tempo dalla ricaduta (nell'anno 2006) la situazione dell'assicurato può essere considerata migliorata unicamente a far tempo dal mese di febbraio 2010" (doc. X) - secondo un'affermata giurisprudenza,

l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. DTF 133 V 549 consid. 6). 2.13. 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 7 settembre 2009 e la successiva valutazione peritale psichiatrica del CPAS del 19 aprile 2010, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

2.13.1. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato infatti sottoposto, in data 3 giugno 2009, ad un esame reumatologico, grazie al consulto specialistico del dr. _____, dal quale è emerso che egli, alla luce delle sue patologie, deve essere considerato inabile al lavoro al 60%, da intendersi come riduzione del rendimento sull'arco di una normale giornata lavorativa, nella sua precedente attività di gerente di negozio (cfr. doc. 60-20). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni specialistiche, che, del resto, sono state confermate anche dal dr. _____, curante dell'assicurato. Quanto all'abilità lavorativa residua dell'interessato in attività leggere adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, il dr. _____, nel rapporto relativo al consulto reumatologico del 3 giugno 2009, a pagina 21, ha indicato che "l'assicurato è da considerare abile al lavoro a tempo pieno nella misura del 40%" (cfr. doc. 60-21), mentre nel riassunto concernente la patologia reumatologica, a pagina 26, la dr.ssa _____ e il dr. _____ hanno indicato che "in attività rispettose di tali limiti, l'assicurato è da considerare abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto nella misura del 30%" (doc. 60-26). L'assicurato, sulla base di quanto indicato dal proprio medico curante, dr. _____, ha contestato la valutazione fornita dai medici del SAM a proposito di una sua presunta abilità lavorativa, dal profilo reumatologico, del 70% in attività adatte, rilevando che la stessa è in contrasto con quanto indicato dal consulente reumatologo dr. _____, il quale ha per contro quantificato in un 40% il grado di capacità lavorativa residua in attività adeguate. Alla luce delle contestazioni dell'assicurato, il SMR ha ritenuto opportuno chiedere delucidazioni in merito direttamente ai medici del SAM. Con scritto del 17 novembre 2010, la dr.ssa _____ della Direzione Medica del SAM ha rilevato che "nella perizia summenzionata è presente un refuso", nel senso che "a pag. 21, dal punto di vista reumatologico, in un'attività leggera e adatta l'assicurato è da considerare abile al lavoro a tempo pieno nella misura non del 40% (come riportato nella perizia), ma nella misura del 70%. Infatti, a pag. 26, dove è riassunta la patologia reumatologica, concludiamo il capitolo dicendo "in attività rispettose di tali limiti, l'assicurato è da considerare abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto nella misura del 30% dal punto di vista reumatologico. Quindi, confermiamo la presenza di un refuso di percentuale nel 40% a pag. 21, che va sostituito con un 70% (vedasi pag. allegata)" (doc. VI/2). Il TCA non può che fare proprie queste precisazioni fornite dalla dr.ssa _____ del SAM, dalle quali non ha motivo di distanziarsi.

2.13.2. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato pure sottoposto ad un accurato esame neurologico, grazie al consulto specialistico del dr. _____, dal quale è emerso che egli non presenta, dal profilo strettamente neurologico, alcun tipo di incapacità lavorativa né nella sua precedente professione, né in altre attività (doc. 60-32). 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. 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).

2.13.3. Infine, per quanto concerne la patologia psichiatrica, nel suo consulto peritale del 21 giugno 2009, il dr. _____ ha diagnosticato la presenza di “una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.0) e di una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve-medio (ICD10-F33.0)”, ritenendo l'assicurato, per ragioni esclusivamente psichiatriche, inabile al lavoro nella misura del 40% (doc. 60-37). L'assicurato ha contestato queste conclusioni peritali, trasmettendo dei referti specialistici della sua psichiatra curante, dr.ssa _____ (cfr. allegati al doc. 76-1) e la valutazione peritale del 14 agosto 2008 eseguita dal dr. _____ per conto dell'assicuratore infortuni (doc. 76/5-9). Alla luce di tali referti, pur in assenza di una documentata modifica dello stato di salute, il dr. _____ del SMR ha ritenuto opportuno disporre l'esecuzione di una perizia psichiatrica da parte del CPAS al fine di definire l'evoluzione della problematica depressiva ricorrente (doc. 79-1). Nel rapporto peritale del 19 aprile 2010, il dr. _____ e il dr. _____ del CPAS, poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media entità (ICD10-F33.1), esistente da gennaio 2008; stato dopo politrauma all'arto inferiore destro con interventi chirurgici per fratture multiple nel 1999; sindrome lombospondilogenica cronica” (doc. 87-6), hanno riscontrato la presenza di un “quadro psicopatologico sostanzialmente sovrapponibile nell'entità dei sintomi a quello riscontrato dal dr. _____ nell'ambito della propria valutazione per il SAM del mese di giugno 2009” (doc. 87-7), ritenendo l'assicurato, per esclusive cause psichiche, ancora inabile al lavoro nella misura del 40% in qualsiasi attività lavorativa (doc. 87-7). Il TCA, non ha motivo per distanziarsi - fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice - dalle conclusioni peritali del dr. _____ e degli specialisti del Centro Peritale. Quanto al periodo successivo, il TCA constata che, nel referto del 21 dicembre 2010, la dr.ssa _____ ha segnalato l'insorgenza di un peggioramento delle condizioni psichiche dell'assicurato, a partire dal mese di novembre 2010, con l'apparizione di un nuovo episodio depressivo grave (doc. A1). Come correttamente indicato dal SMR nelle annotazioni del 13 gennaio 2011, da tale referto della psichiatra curante del 21 dicembre 2010 emerge quindi un peggioramento delle condizioni dell'assicurato, a decorrere dal mese di novembre 2010 - periodo di tempo successivo all'emanazione della decisione impugnata – che “dovrà formare oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo, mediante una nuova richiesta di prestazioni AI” (doc. XII). Pertanto, il possibile peggioramento, dal profilo psichiatrico, dello stato di salute dell'interessato, in un periodo successivo alla decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, non può essere preso in considerazione nel caso di specie e dovrà essere oggetto di valutazione da parte dell'AI in sede di nuova domanda. A tale scopo gli atti vanno quindi trasmessi all'Ufficio AI.

2.13.4. Globalmente, i medici del SAM hanno

considerato che “le limitazioni psichiatriche e reumatologiche non vanno sommate, bensì integrate, in quanto prendono in considerazione il sintomo principale dell’assicurato, il dolore cronico, e insieme contribuiscono a rendere l’assicurato lento, maggiormente affaticabile, con una minore resistenza agli sforzi, al lavoro e una minore concentrazione” (doc. 60-28). I medici del CPAS, dal canto loro, hanno ribadito che “va inoltre precisato che tale percentuale di incapacità lucrativa per cause psichiche va intesa nell’ambito di un’attività esercitata in percentuale completa e non è addizionabile a quella identificata per motivi internistici” (doc. 87-7). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni dei medici del SAM e del CPAS, confermate, del resto, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.10.), rispondendo ad una esplicita domanda del TCA in tal senso - volta in particolare ad appurare le ragioni del mancato cumulo delle inabilità lavorative - dal dr. 1 del CPAS con scritti del 20 aprile 2011 (doc. XVII) e dell’8 agosto 2011 (doc. XXXI) e dallo stesso SAM con scritto del 22 settembre 2011 (doc. XL). 2.13.5. In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM e del CPAS i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.11.), alle stesse 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 l’assicurato, come ritenuto dall’UAI, è stato inabile al lavoro al 100% dal 28 gennaio 2006, poi al 50% dal mese di maggio 2007 al mese di luglio 2007, poi nuovamente inabile al lavoro in misura totale dal mese di agosto 2007 al mese di dicembre 2007, mentre, a partire dal mese di gennaio 2008 e, per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, ha presentato un grado di incapacità lavorativa del 60% nella sua precedente professione di gerente, ma sia da considerare abile al lavoro a tempo pieno, con una riduzione del rendimento del 40%, in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, di natura reumatologica. 2.14. Essendo quindi esigibile che l’assicurato, a partire dal mese di gennaio 2008, sfrutti la sua residua capacità lavorativa, del 60%, in attività adeguate, ricordato inoltre che l’invalidità nell’ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a) , occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute 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, come correttamente ritenuto dall’amministrazione, i dati del 2008 (visto che il miglioramento dello stato di salute risale al mese di gennaio 2008). 2.15. Per quel che concerne il reddito da valido , nella decisione impugnata l’UAI ha quantificato il reddito che l’assicurato avrebbe potuto percepire da sano nel 2008 in fr. 91’000.-, conformemente a quanto stabilito dal consulente incaricato nel

rapporto del 3 febbraio 2010 sulla base di quanto indicato dal datore di lavoro dell'interessato (cfr. doc. 70-2). Il TCA non può che considerare corretto il modo di agire dell'amministrazione. L'assicurato non ha contestato, del resto, tale ammontare. 2.16. 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, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 pubblicata in DTF 135 V 297 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009 (ndr: cfr. DTF 135 V 297), il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però

soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." 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 26 novembre 2008). Nel suo rapporto del 3 febbraio 2010, il consulente IP ha stabilito che, tenuto conto delle competenze acquisite durante il suo percorso professionale (passando, dopo lo svolgimento di diversi corsi interni, da aiuto-magazziniere, a formatore degli apprendisti e gerente presso la _____s), l'assicurato potrebbe ancora, malgrado il danno alla salute, "sfruttare la sua capacità lavorativa in altre attività con conoscenze professionali (come ha correttamente valutato la collega _____ in precedenza). Si possono prendere in considerazione attività con conoscenze professionali ad esempio nel settore amministrativo; vendita (merce leggera); consulenza; ecc." (doc. 70-2). Dal raffronto dei redditi, emerge che il consulente ha utilizzato, per stabilire il reddito da invalido, i dati forniti dalla Tabella TA1 2008, nel settore privato svizzero globale, livello di qualifica 3, per un uomo, pari a fr. 72'247 (doc. 70-2). 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 dell'assicurato - secondo il quale "non appare corretto prendere in considerazione un dato statistico, invero ben distante dalla realtà salariale presente nella nostra regione, che si riferisce ad attività con conoscenze professionali e specializzate", ritenendo maggiormente opportuno riferirsi ad "un reddito di base relativo ad attività ordinarie e semplici per poi adeguarlo alle nostre realtà regionali" (doc. I) - condivide la scelta dell'amministrazione, alla luce delle competenze dell'interessato. Infatti, come giustamente indicato dal consulente in integrazione professionale, nel suo rapporto del 3 febbraio 2010, 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. In una 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.”

In un'altra 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'invalide s'établit à 65'800 fr..” Il TCA ritiene, pertanto, che nella determinazione del reddito da invalido dell'interessato, ancora abile al 60% in attività adatte, 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), u tilizzando, conformemente alla giurisprudenza appena esposta, i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata

dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2008 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. 5'789.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2009, p. 90), esso ammonta a fr. 6'020.56 mensili oppure a fr. 72'246.72 per l'intero anno (fr. 6'020.56 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). L'assicurato, quale gerente, avrebbe guadagnato nel 2008 fr. 91'000 / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.15.). Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 76'249.62, cfr. Tabella TA1 p.to 51 " Commercio all'ingrosso e interm. Comm. ", livello di qualifica 3, fr. 6'066.-- X 12 mesi = 72'792.-- riportato su 41.9 = 76'249.62). 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. Ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.13.5.), da un punto di vista medico, l'assicurato può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 60%, il reddito statistico citato va ridotto del 40% e ammonta a fr. 43'348 (fr. 72'246.72 ridotti del 40%). 2.17. 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. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa).

2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievor), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia 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 costituisse 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.) 2.18. In concreto, il consulente IP, nel suo rapporto del 3 febbraio 2010, ha applicato al reddito da invalido una riduzione percentuale del 3% “per attività leggera” (cfr. doc. 70-2). L’assicurato ha contestato questa percentuale di riduzione, a suo avviso troppo esigua, chiedendo che venga applicata la riduzione massima, del 25%, per tenere conto della situazione personale dell’interessato (cfr. doc. I). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d’esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l’invalidità, l’estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L’Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d’examen du Tribunal fédéral,

celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).» La percentuale del 3% stabilita dal consulente, dopo avere analizzato tutti i possibili fattori di riduzione (attività leggere, riduzione della redditività, età e anni di servizio, nazionalità e permesso di soggiorno, tasso di occupazione; cfr. doc. 70-2), può essere confermata dal TCA. 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 137 V 71; 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. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2008, partendo da un salario da invalido di fr. 72'246.72 e ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 60%, ammettendo la riduzione del 3%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 42'047.60 (fr. 43'348 - (fr. 43'348 x 3 : 100)) . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 91'000 (consid. 2.15.), emerge un tasso d'invalidità del 53.79%, arrotondato al 54% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto ad una mezza rendita di invalidità, come stabilito dall'amministrazione. Pertanto, stante quanto sopra esposto, questo Tribunale non può che ritenere corretto procedere ad una temporanea attribuzione di una rendita intera di invalidità dal 1° settembre 2006 al 31 marzo 2008, poi ridotta ad una mezza rendita, per un grado di invalidità del 54%, dal 1° aprile 2008 (al riguardo va evidenziato che la riduzione delle prestazioni, per un grado di invalidità del 54%, va fatto risalire al mese di aprile 2008, in quanto giusta l'art. 88a OAI s e la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. In concreto, dalle perizie del SAM e del CPAS emerge che, dopo un periodo di totale incapacità lavorativa, a partire dal 1° gennaio 2008 l'assicurato è inabile al lavoro 60% nella sua professione, ma abile al 60% in attività adeguate, cfr. doc. 60-29, 60-37, 61-1). 2.19. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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