

TI_GERICHTE 32.2011.275 vom 22. September 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-09-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.275

FR: TI_GERICHTE 32.2011.275 du 22 septembre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.275 del 22 settembre 2011

Regeste

Corretta la decisione con la quale l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita di invalidità limitata nel tempo, poi soppressa a partire dal mese di maggio 2005, in mancanza di un grado di invalidità pensionabile dopo tale data

Erwägungen

E. 25

aprile 2005; DTF 120 V 237; DTF 117 V 241; DTF 113 V 159). Quando una causa viene rinviata dal Tribunale federale ad un'autorità inferiore, quest'ultima deve dare alle parti una nuova occasione di esprimersi (cfr. sentenza C 89/03 del 2 luglio 2007). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, 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). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, 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%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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 LPGGA, 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 costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.5. L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.6. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von

Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante. 2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490). 3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA. 3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir

d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3). 3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.7. Nella decisione del 22 settembre 2011, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità dal 1° agosto 2002 al 30 aprile 2005, sopprimendola poi a partire dal 1° maggio 2005, ritenuto che dalla perizia psichiatrica eseguita dal Centro peritale è emerso che l'interessato, affetto da distimia, non presenta un grado di invalidità pensionabile dopo tale data. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.4., 2.5. e 2.6., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° maggio 2005. 2.8. Nel caso di specie, l'UAI, conformemente a quanto stabilito dal TCA nella sentenza di rinvio 32.2010.123 del 14 dicembre 2010, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dal profilo psichiatrico dell'assicurato, ha affidato al Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali il mandato di esperire una perizia psichiatrica (dr. _____ / dr. _____). Il dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e il dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 22 marzo 2011, dopo aver esposto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi, quelli oggettivi e la terapia psichiatrica attuale, hanno posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "Distimia (ICD10; F34.1)". Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____

e il dr. _____ hanno ritenuto che, “considerata l’assenza di un disturbo psichiatrico maggiore o di un disturbo di personalità clinicamente rilevante e sulla base di sufficienti risorse psicologiche e per la relativamente giovane età”, l’assicurato conserva una capacità lavorativa del 70%, dal mese di maggio 2005 (doc. 150-7). Nel complemento peritale del 3 maggio 2011, in risposta ad una richiesta di precisazioni da parte del SMR, il dr. _____ ha specificato quanto segue: " Queste le mie considerazioni in merito a quanto da voi richiesto in data 18.4.2011. Come ho avuto modo di descrivere nell’ambito dell’accertamento peritale psichiatrico allestito in data 22.3.2011, non è stata rilevata alcuna destrutturazione patologica della personalità del peritando. Rispetto alla diagnosi avanzata di distimia, concordo con lo psichiatra curante anche se non nella quantificazione dell’inabilità lavorativa da essa derivante. A tale proposito va detto che si tratta di una condizione depressiva non marcata ma persistente e nel caso in oggetto ad andamento cronico. Il peritando continua a presentare un tono dell’umore deflesso, si stanca facilmente, non ha più interessi se non quelli che concernono direttamente la propria vita, vive isolato e rimugina continuamente sulla propria condizione di menomato fisico il che gli determina frequenti stati tensivi con irritabilità e nervosismo. Ribadisco l’aspetto legato alla non particolare entità di tale quadro psicopatologico, ma è innegabile la sua presenza e che in quanto tale interferisce con la piena funzionalità lavorativa del peritando, seppure in misura non superiore al 30%. Analogamente sull’arco dell’intera giornata lavorativa c’è un rendimento ridotto del 30%." (Doc. 152-2) Nel rapporto medico del 19 maggio 2011, il dr. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13) , posta la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di “trauma di schiacciamento mano sinistra (_____)" e, quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quella di “distimia (ICD10-F34.1)", ha osservato: " Nell’attuale perizia il dr. _____ nega espressamente la presenza di ulteriore patologia psichiatrica al di fuori della problematica di distimia. L’impedimento del 30% dovuto a distimia in assenza di ulteriore problematica psichica non permette di riconoscere la presenza di una problematica invalidante nel senso della legge. Trova quindi conferma la decisione UAI del 28.4.2009." (Doc. 153-3) 2.9. 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). 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 LPG (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 è 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 Leistungsgesuchssteller 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'écartier 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. CFP, 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 premorbo, 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) . 2.10. Nell'evenienza concreta, questo Tribunale, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute dell'assicurato è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del dr. _____ del SMR, il quale ha considerato che l'interessato – affetto, come emerge dalla perizia specialistica dei medici del CPAS, da distimia – vada ritenuto totalmente abile al lavoro. Nel referto peritale del 22 marzo 2011, il dr. _____ e il dr. _____ del CPAS, posta la diagnosi di “distimia (ICD10-F34.1)” (doc. 150-6), hanno considerato l'assicurato inabile al lavoro al 30% a partire dal mese di maggio 2005. Nonostante questa valutazione di un'incapacità lavorativa del 30% operata dai medici del CPAS, il dr. _____ del SMR, nel suo rapporto medico del 19 maggio 2011, ha considerato l'assicurato pienamente abile al lavoro dal profilo psichiatrico, sottolineando che la diagnosi di distimia non ha un carattere invalidante, non essendo accompagnata da una ulteriore patologia psichiatrica (doc. 153-3). Il TCA concorda con questa valutazione del medico del SMR. Nel referto peritale del 22 marzo 2011, infatti, i medici del CPAS - dopo avere indicato che “non sono stati rilevati inoltre deficit personologici tali da rivestire un significato nosologico ben definito in tal senso quanto più che altro la tendenza passiva e l'attesa che le istituzioni gli risolvano i problemi. In altre parole appare arroccato in una posizione vittimistica dominata dalla convinzione di avere diritto a godere di una rendita di invalidità senza interrogarsi sulle proprie reali capacità di fornire prestazioni lucrative superiori alle attuali” (doc. 150-6) - hanno espressamente concluso che, a livello psicologico e mentale, l'assicurato presenta “unicamente” una psicopatologia di tipo distimico, escludendo la presenza “di un disturbo psichiatrico maggiore o di un disturbo di personalità clinicamente rilevante” (doc. 150-7). Nel referto del 3 maggio 2011, poi, il dr. _____ del CPAS ha ribadito che “non è stata rilevata alcuna destrutturazione patologica della personalità del peritando” (doc. 152-2). Alla luce di queste chiare indicazioni da parte degli specialisti del CPAS e considerata la giurisprudenza federale in materia (cfr. STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009; I 488/04 del 31 gennaio 2006; I 834/04 e I 46/05 del 19 aprile 2006; I 938/05 del 24 agosto 2006; I 649/06 del 13 marzo 2007; I 76/07 del 24 gennaio 2008), già diffusamente esposta nella precedente sentenza 32.2010.123 del 14 ottobre 2010 - secondo la quale la diagnosi di distimia non è, in quanto tale, invalidante, ma può diventarlo quando è associata ad altri disturbi gravi della personalità (cfr. doc. 139/21-28) - il TCA non può che concordare con la valutazione del dr. _____ del SMR a proposito del carattere non invalidante della patologia dell'interessato. Del resto, il TCA rileva che il Tribunale federale ha ancora una

volta ribadito la propria giurisprudenza in una sentenza 9C_922/2009 del 9 luglio 2010, nella quale ha confermato la correttezza della decisione dell'amministrazione, avallata dai primi giudici, di sopprimere, in sede di revisione, il diritto ad un quarto di rendita di invalidità del quale beneficiava un'assicurata. In tale occasione, la nostra Massima Istanza ha ritenuto corretta la valutazione del SMR di considerare l'assicurata, affetta da distimia e da disturbo della personalità con tratti immaturi e dipendenti, pienamente abile al lavoro in attività adatte, distanziandosi in tal modo dalle risultanze della perizia psichiatrica, che concludeva per contro per un'incapacità lavorativa del 40%. L'Alta Corte ha infatti rilevato che: " 3. Il ressort du jugement attaqué que les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent d'épisode moyen sans syndrome somatique (F33.1) posés par les médecins du COMAI dans leur expertise du 19 février 2002, en raison desquels la recourante a bénéficié de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, n'ont pas été retenus par les experts de la Clinique X._____ dans leur rapport du 12 décembre 2008, qui ont écarté l'existence d'une fibromyalgie et posé les diagnostics de dysthymie et de trouble de la personnalité avec traits immatures et dépendants. Les premiers juges, relevant que les experts du COMAI et de la Clinique X._____ avaient apprécié de façon similaire le taux d'incapacité de travail en le fixant à 40%, ont constaté une amélioration de l'état de santé de l'assurée sur la base des diagnostics retenus par les experts de la Clinique X._____ et l'existence d'une capacité de travail exigible de 100% dans un emploi adapté sur la base de l'appréciation du médecin du SMR. 3.1 Quoi qu'en dise la recourante, la juridiction cantonale a pris en compte l'expertise psychiatrique du docteur B._____. Même si le rapport de ce médecin du 6 janvier 2009 n'est pas mentionné expressément dans le jugement attaqué, ses conclusions en ce qui concerne les dysthymie et trouble de la personnalité et la diminution de la capacité de travail de 40% sur le plan psychiatrique figurent sous ch. 7 de l'état de fait du jugement du 22 septembre 2009, telles qu'elles se fondent sur l'examen psychiatrique du 27 novembre 2008 et sont rapportées par le docteur R._____, expert principal, en pages 12 et 13 de l'expertise pluridisciplinaire du 12 décembre 2008. 3.2 De l'avis des premiers juges, on voit mal que le diagnostic de dysthymie avec un trouble de la personnalité de type infantile et dépendant puisse justifier une incapacité de travail de 40%, d'autant moins que les experts ont précisé que l'assurée ne présentait pas de signes de dépression majeure, mais souffrait de la persistance d'une humeur triste et chronique. C'est la raison pour laquelle ils se sont écartés des conclusions des experts de la Clinique X._____ en ce qui concerne la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Cela n'est nullement discuté par la recourante, dont le grief de violation du droit d'être entendu n'est pas motivé de manière suffisante pour que le Tribunal fédéral puisse l'examiner (art. 106 al. 2 LTF; ATF 135 III 127 consid. 1.6 p. 130 et l'arrêt cité, 134 II 244 consid. 2.2 p. 246). 3.3 La constatation d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée sur la base des diagnostics retenus par les experts de la Clinique X._____ et de l'existence d'une capacité de travail exigible de 100% dans un emploi adapté sur la base de l'appréciation du médecin du SMR n'apparaît pas manifestement inexacte. La recourante ne cherche même pas, par une argumentation spécifique, à démontrer le contraire. Ainsi, dans ses lettres des 10 mars et 22 avril 2009, le docteur U._____ n'a fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 12 décembre 2008 et de l'avis médical SMR du

E. 26

janvier 2009 et qui soit suffisamment pertinent pour remettre en cause l'appréciation du médecin du SMR (arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p.

43). 3.4 Le jugement attaqué, qui constate que les conditions étaient réunies pour supprimer le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité par la voie de la révision, est ainsi conforme au droit fédéral (supra, consid. 2). Le recours est mal fondé.” A nulla vale il riferimento alla STF I 338/2001 del 4 settembre 2001, cui ha fatto cenno il patrocinatore nello scritto del 28 novembre 2011. A prescindere, infatti, dalla considerazione che la sentenza federale citata riguardava il caso di un'assicurata affetta da patologie diverse rispetto a quelle che presenta il ricorrente – soffrendo quell'assicurata di una nevrosi depressiva (all'origine di un rallentamento ideoverbale, di una perdita d'iniziativa e di un facile affaticamento) e di un disturbo reumatologico invalidante, (consistente in una fibromialgia di tipo primario con sindrome panvertebrale su alterazioni statiche ed iniziali alterazioni degenerative alla colonna) - resta il fatto che, come ampiamente esposto in precedenza, la distimia che affligge RI 1, pur potendo comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, non determina, in quanto tale, un danno alla salute invalidante, ai sensi della giurisprudenza federale in materia, non essendo accompagnata da altre diagnosi, come ad esempio da un disturbo serio della personalità (cfr. STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009; I 488/04 del 31 gennaio 2006; I 834/04 e I 46/05 del 19 aprile 2006; I 938/05 del 24 agosto 2006; I 649/06 del 13 marzo 2007; I 76/07 del 24 gennaio 2008) . Quanto alla censura ricorsuale relativa alla presunta mancata presa in considerazione, nella decisione impugnata, delle affezioni somatiche dell'interessato, il TCA si limita a ribadire che la stessa non può essere condivisa, alla luce di quanto già indicato da questo Tribunale nella precedente sentenza di rinvio 32.2010.123 del 14 dicembre 2010 (cfr. doc. 139). In quell'occasione, infatti, come correttamente indicato dall'UAI , il TCA ha già avuto modo di indicare che, dal profilo somatico, non vi era ragione per discostarsi dalla valutazione del dr. _____, il quale, pur riconoscendo un'incapacità lavorativa del 75% nelle precedenti attività, aveva potuto confermare l'esistenza di una capacità lavorativa completa dell'assicurato in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, come già precedentemente valutato in ambito infortunistico (cfr. doc. 139-18). Queste conclusioni, del resto, non sono state smentite in sede ricorsuale da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie somatiche maggiormente invalidanti. 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). L'altra censura ricorsuale, relativa al mancato cumulo delle incapacità lavorative derivanti dalle patologie somatiche e da quelle psichiatriche, non merita, a mente del TCA, di essere ulteriormente approfondita, ritenuto che, nel caso di specie, l'assicurato non presenta, dal profilo somatico, alcuna incapacità lavorativa nello svolgimento di attività adeguate. In conclusione, rispecchiando la perizia dei medici del CPAS e la valutazione del SMR i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.9.), 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 presenta un'abilità lavorativa del 100% in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, a partire dal mese di febbraio 2005, come già stabilito dall'assicuratore infortuni. 2.11. Si tratta ora di 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 sono determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2005 (visto che è in quell'anno che è avvenuta la soppressione della rendita). Nel caso di specie, l'Ufficio AI - confermando quanto già determinato dall'assicuratore infortuni nella decisione del 27 gennaio 2006 (doc. 8-3 inc. LAINF) e ribadito nella decisione su opposizione del 7 giugno 2006 (cfr. doc. 20-4 inc. LAINF), cresciuta incontestata in giudicato - ha stabilito che il grado di invalidità dell'interessato corrisponde al 20%. Il TCA può fare proprio il calcolo effettuato dall'assicuratore infortuni, rimasto peraltro incontestato in sede ricorsuale, sottolineando come sia il reddito da valido, sia quello da invalido, siano stati determinati dall'assicuratore LAINF sulla base dei dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1. Pertanto, il grado di invalidità dell'assicurato in attività leggere adeguate corrisponde alla percentuale di riduzione, del 20%, applicata per tenere conto delle circostanze personali. Tale percentuale, incontestata, del 20%, può essere confermata da questo Tribunale, 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). Ora, visto il grado di invalidità inferiore al 40% nello svolgimento di altre attività adeguate, l'Ufficio AI ha di conseguenza retamente negato l'attribuzione di una rendita a partire dal 1° maggio 2005. Al riguardo va evidenziato che dopo l'attribuzione di una rendita intera dal 1° agosto 2002 al 30 aprile 2005, l'UAI ha soppresso il diritto alla rendita a partire dal 1° maggio 2005, in quanto, giusta l'art. 88a OAI, se 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, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.10.), l'assicurato è da considerare abile al lavoro al 100% a partire dal mese di febbraio 2005. Di conseguenza, i tre mesi dopo il subentrare della capacità lavorativa del 100% dell'assicurato, ex art. 88a OAI, vengono a scadere il 30 aprile 2005, come

correttamente ritenuto dall'UAI (cfr. SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 632/05 del 25 ottobre 2006). Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita di invalidità dopo il 30 aprile 2005, la decisione del 22 settembre 2011 deve, perciò, essere confermata.

2.12. 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.