

## **TI\_GERICHTE 32.2012.293 vom 23. September 1991**

TI Tribunale d'appello, 1991-09-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.293\\_d19910923](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.293_d19910923)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.293 du 23 septembre 1991

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.293 del 23 settembre 1991

### **Regeste**

Decisione con la quale UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera per un periodo limitato di tempo e poi nuovamente a partire da ottobre 2010 è corretta, alla luce delle risultanze medico-peritali e di quelle economiche

### **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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C\_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la

concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 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). 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). 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). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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).

2.5. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, conformemente a quanto stabilito dal TCA nella sentenza di rinvio 32.2010.264 del 7 marzo 2011, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute, dal profilo psichico, 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 e direttore del CPAS, nel rapporto del 10 giugno 2011, dopo aver esposto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi e quelli oggettivi, hanno posto la diagnosi di "modificazione duratura della personalità successiva a grave scompenso depressivo (ICD10-F62.1)" esistente da ottobre 2010 (doc. 114-5). Il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ hanno considerato che "è verosimile che l'esordio ed il successivo sviluppo della sintomatologia fisiatica, così come l'esito negativo dei vari trattamenti cui si è sottoposto, abbiano causato nel peritando la rottura di un equilibrio basato su un unico dato di fatto: la compromissione dell'integrità corporea in un soggetto che possiede solo questa come strumento di affermazione con conseguente crollo dell'immagine di sé, delle proprie competenze e del proprio ruolo sociale. Se ciò in occasione della valutazione psichiatrica per il SAM del 2009 poteva non essere chiaramente evidente, l'ennesimo conseguente rifiuto delle prestazioni assicurative ha ulteriormente appesantito l'idea del fallimento ed il senso di frustrazione che hanno dato una ulteriore spinta alla già compromessa situazione psicoaffettiva del peritando che è andato incontro alla progressiva stabilizzazione della patologia depressiva. Hanno così ceduto definitivamente le sue capacità reattive e l'autostima e si sono fatti strada i sentimenti di nullità ed incapacità. Tale condizione poi, probabilmente favorita da una mancata, iniziale, presa a carico psichiatrica, ha finito per monopolizzare le sue capacità cognitive, inibendolo sul piano intellettuale e compromettendolo su quello sociale dando l'avvio alla destrutturazione personologica descritta dal dr. \_\_\_\_\_" (doc. 114-6). Gli

specialisti del CPAS, dopo avere indicato di avere obiettivo una situazione clinica di “importante compromissione psicopatologica di tipo depressivo, cronicizzata e dominata da sentimenti pervasivi di inutilità, autosvalutativi di fallimento personale, incapacità ad immaginarsi un futuro, allentamento di qualsiasi stimolo vitale”, hanno concluso che “quanto descritto dal dr. \_\_\_\_\_ è condivisibile e pertanto reputo una inabilità lavorativa per esclusivi motivi psichiatrici di almeno il 70% in qualsiasi ambito lucrativo” (doc. 114-6). Tale percentuale di inabilità lavorativa è presente, secondo gli specialisti del CPAS, dal mese di ottobre 2010 (doc. 114-7). Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione delle decisioni impugnate, viste le risultanze mediche appena esposte e richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.4.), non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale eseguita dai medici del CPAS, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Il TCA ritiene infatti di poter condividere la valutazione peritale eseguita dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ del CPAS, alla luce anche degli ulteriori chiarimenti forniti dai periti stessi rispondendo ad una esplicita richiesta di questo Tribunale. A fronte delle contestazioni della patrocinatrice dell’assicurato riguardo alla decorrenza dell’inabilità lavorativa per motivi psichiatrici, il TCA ha interpellato, pendente causa, gli specialisti del Centro Peritale, chiedendo loro di precisare quanto segue: “ (...) Sulla base di queste considerazioni e dopo avere obiettivo una importante compromissione psicopatologica di tipo depressivo, cronicizzata, complicata da una personalità con forti tratti negativistici, avete concluso di ritenere “condivisibile quanto descritto dal dr. \_\_\_\_\_”, reputando l’interessato inabile al lavoro al 70% in qualsiasi attività, precisando che tale incapacità lavorativa è “esistente da ottobre 2010, da quando è stata descritta dal dr. \_\_\_\_\_”. Al riguardo, il TCA rileva che nonostante nel Vostro referto peritale abbiate espressamente indicato di concordare con quanto indicato dallo psichiatra curante dell’interessato, dr. \_\_\_\_\_, sia per quanto concerne la diagnosi, sia con riferimento alle constatazioni obbiettive, Voi avete poi indicato, quale inizio dell’inabilità lavorativa di lunga durata, il mese di ottobre 2010, mentre il dr. \_\_\_\_\_ faceva risalire la stessa a 3-4 anni prima della sua presa a carico psichiatrica. Dagli atti emerge, infatti, che lo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, nel referto del 4 novembre 2010, dopo avere indicato di avere in cura l’assicurato dal 20 ottobre 2010 e avere rilevato che “il signor RI 1 presenta da 4-5 anni una grave deriva bio-psico-sociale consecutiva alle sequele di uno choc anafilattico e ad altre problematiche fisiche (tra l’altro tumore osseo e patologia dentale) e indotta dalla marcata involuzione di una sintomatologia depressiva che ha infiltrato sia l’organizzazione che il funzionamento della personalità”, ha considerato l’interessato definitivamente inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività, aggiungendo che “questa perdita di competenze occupazionali è presente, sul piano psichiatrico, da almeno 3-4 anni”. Con la presente Vi invito ad indicare al Tribunale se condividete o meno e per quali motivi le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto appena citato a proposito dell’insorgenza dell’incapacità lavorativa dell’assicurato. Vi invito, inoltre, a precisare quale è stata l’evoluzione negli anni della patologia psichiatrica dell’assicurato, tenuto conto in particolare di quanto da Voi stesso indicato in sede peritale circa il fatto che “l’ennesimo conseguente rifiuto delle prestazioni assicurative ha ulteriormente appesantito l’idea del fallimento ed il senso di frustrazione che hanno dato una ulteriore spinta alla già compromessa situazione psicoaffettiva del peritando che è andato incontro alla progressiva stabilizzazione della patologia depressiva”, condizione “probabilmente favorita da una

mancata, iniziale, presa a carico psichiatrica” (sottolineatura della scrivente).” (Doc. VIII) Con scritto del 6 settembre 2013, il dr. Lazzarini e la dr.ssa \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ del CPAS, hanno risposto: " Da quanto emerso in occasione della valutazione del 10 giugno 2011 e descritto al punto 5 della stessa, seppure già nel 2007 era stato evidenziato presso la Clinica \_\_\_\_\_ uno stato depressivo, di fatto la condizione psicopatologica è diventata invalidante nel 2010, tant'è che solo ad ottobre di quell'anno il peritando ha cominciato a farsi seguire dallo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ che ha messo in evidenza una modificazione della personalità mai diagnosticata in precedenza. Rispetto all'evoluzione negli anni, come descritto sempre al punto 5, la patologia depressiva è insorta a causa della compromessa integrità corporea e successivamente si è gradualmente stabilizzata, favorita dalla iniziale mancata presa a carico psichiatrica e dal rifiuto delle prestazioni dopo la valutazione del SAM del 2009, nel cui ambito il mancato riconoscimento del danno psico-fisico ha ulteriormente influito negativamente sulle sue capacità intellettive portandolo alla destrutturazione personologica.” (Doc. IX) Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni del dr. Lazzarini e della dr.ssa \_\_\_\_\_ del CPAS, i quali hanno, in maniera convincente, spiegato le ragioni per le quali, a loro giudizio, l'evoluzione dei disturbi psichici dell'interessato sia stata tale, da diventare invalidante a partire dal mese di ottobre 2010. In particolare, questo Tribunale ritiene che nella fattispecie concreta rivesta un'importanza fondamentale la circostanza - rilevata in sede peritale e ribadita nella risposta ora fornita al TCA - che una presa a carico psichiatrica si sia resa necessaria proprio a contare dal mese di ottobre 2010, momento a partire dal quale lo psichiatra curante ha potuto constatare l'esistenza di una modificazione della personalità mai constatata in precedenza, invalidante e necessitante di una regolare presa a carico specialistica. Al riguardo, va rilevato che in una sentenza 9C\_89/2013 del 12 agosto 2013, l'Alta Corte, confermando l'operato dei primi giudici, ha considerato corretta la soppressione delle prestazioni decisa dall'amministrazione a seguito del miglioramento dello stato psichico dell'assicurata, rilevando che i referti di alcuni psichiatri, prodotti dalla ricorrente a sostegno della presunta gravità delle sue condizioni, non sono atti a dimostrare un peggioramento dello stato di salute dell'interessata in epoca precedente all'11 novembre 2010, dato che a quel tempo ella non era in cura presso di loro. Il Tribunale federale ha infatti rilevato quanto segue: " (...) L'instance cantonale a encore exposé que le début de l'aggravation de l'état de santé dont avaient fait état les doctoresses J. \_\_\_\_\_/E. \_\_\_\_\_ en mai 2011 et K. \_\_\_\_\_ en janvier 2012 ne pouvait pas être déterminé avec certitude et que les rapports de ces médecins ne permettaient en aucun cas d'établir l'existence d'une péjoration antérieure au 11 novembre 2010, d'autant que la recourante ne consultait pas ces derniers à l'époque. Dès lors que l'intéressée ne développe aucune argumentation susceptible de démontrer en quoi cette constatation serait insoutenable, c'est en vain qu'elle se prévaut de l'avis des psychiatres en question.” La risposta fornita dagli specialisti del CPAS ha dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C\_203/2008 del 26 marzo 2009). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità

dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C\_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte ha nuovamente confermato la sua giurisprudenza nella STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2, nella quale ha ribadito la correttezza della valutazione eseguita dai periti del Centro peritale, anziché quella del curante, osservando che " a ciò si aggiunge che la valutazione del primo giudice tiene meglio conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr., tra le tante, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti)". In una sentenza 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013, l'Alta Corte, confermando la STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013, ha ritenuto corretta, nonostante la certificazione dello psichiatra curante, la valutazione peritale psichiatrica eseguita dal SAM, ricordando che, in presenza di perizie esterne, il solo fatto che uno o più curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimetterle in discussione e ad imporre nuovi accertamenti (cfr. fra le tante 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012 consid. 4; 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4. con riferimenti). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dal profilo psichico dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dagli specialisti del CPAS. Si ricorda tuttavia che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti dell'assicurato 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. Pertanto, nel caso concreto, siccome la perizia del CPAS rispetta i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato sia da considerare inabile al lavoro nella misura 70% in qualsiasi attività a partire dal mese di ottobre 2010. Quanto ai periodi precedenti, il TCA ritiene corretto, così come già indicato nella STCA 32.2010.264 del 7 marzo 2011, fare riferimento alle conclusioni poste dai medici del SAM nella perizia del 9 giugno 2009, laddove i periti avevano ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività

dal mese di maggio 2007 al mese di ottobre 2007; poi, a partire dal mese di novembre 2007, abile al lavoro nella misura del 30% nella sua attività di meccanico di automobili, ma ancora abile al 70% nello svolgimento di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali. I medici del SAM hanno, inoltre, rilevato che “per il periodo dal 1° giugno 2004 (ricezione da parte dell’amministrazione della richiesta di prestazioni dell’interessato) sino all’aprile 2007 fa stato la precedente decisione UAI basata sulla valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_ (14 ottobre 2005) e la valutazione della signora \_\_\_\_\_ del 20 aprile 2006 (consulente CIP)” (doc. 75-23).

2.6. È indubbio e non oggetto di contestazioni fra le parti il fatto che l’assicurato - il quale, secondo la perizia del CPAS, è da considerare inabile al lavoro al 70% in qualsiasi attività a partire dal mese di ottobre 2010 (doc. 114/6-7) - sia ormai da considerare non più reintegrabile nel mercato del lavoro, come ritenuto dal consulente IP nel rapporto finale del 13 dicembre 2011 (cfr. doc. 119-3, nel quale il funzionario incaricato ha indicato che “in considerazione dei deficit causati dall’invalidità, una prognosi negativa in considerazione delle patologie e l’età dell’assicurato, ritengo che nel libero mercato del lavoro risulti molto improbabile che un datore di lavoro si accoli un onere di rischio di assenza per malattia e maggiori oneri sociali, tali da rendere realistico e concretizzabile il collocamento del signor Gespini. In conclusione, dalla suddetta analisi si evince che l’assicurato è da ritenere non reintegrabile nel mercato del lavoro”). Controversa risulta, per contro, l’esigibilità lavorativa in attività adatte con riferimento al periodo compreso fra il mese di agosto 2004 e il mese di settembre 2010, nel quale l’interessato, dal profilo medico, è stato considerato, come visto sopra (cfr. conside. 2.5.), totalmente abile al lavoro dal mese di agosto 2004 al mese di aprile 2007; totalmente inabile al lavoro dal mese di maggio 2007 al mese di ottobre 2007; inabile al lavoro al 30% a partire dal mese di novembre 2007 fino al mese di settembre 2010. La prima consulente in integrazione professionale, nel proprio rapporto del 7 giugno 2006, sulla base delle limitazioni medico-teoriche indicate in sede peritale dal dr. \_\_\_\_\_ – il quale, nel referto peritale del 14 ottobre 2005, aveva considerato l’assicurato abile al lavoro al 100% con un rendimento del 100% nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali (cfr. doc. 40/11) - e della configurazione della realtà economica del Cantone Ticino, ha indicato come esigibili “attività non qualificate, semplici e ripetitive tipiche del settore secondario e terziario che rispettano i limiti invalidanti e nel contempo il profilo attitudinale (personale e professionale) dell’assicurato. Si tratta di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Esempi: l’assicurato potrebbe essere impiegato in lavori di controllo/sorveglianza, confezione, come pure operaio generico (assemblaggio, produzione, ...), autista (senza mansioni di carico e scarico), magazziniere, venditore non qualificato” (doc. 54-2). Dopo il peggioramento delle condizioni di salute dell’interessato, constatato nella perizia pluridisciplinare del SAM del 9 giugno 2009 – dalla quale è emersa, in particolare, una inabilità lavorativa nello svolgimento di attività adatte del 30% a partire dal mese di novembre 2007, essenzialmente per motivi reumatologici (cfr. doc. 75-23) – una seconda consulente IP, nel proprio rapporto del 2 marzo 2010, dopo avere elencato i limiti funzionali dell’assicurato – ovvero “vi è una limitazione in attività lavorativa da svolgere in posizioni non ergonomiche con la colonna vertebrale in particolar modo se piegata in avanti o se il paziente deve mantenere delle posizioni statiche sia con la colonna cervicale che con la colonna lombare; vi sono delle limitazioni nell’alzare pesi superiori ai 10-15 kg ripetutamente; l’assicurato è limitato nel mantenere la posizione inginocchiata; egli è limitato in attività lavorative in cui deve

mantenere per un periodo prolungato più di due ore la posizione seduta” (doc. 83-1) – si è così espressa a proposito delle attività esigibili: " Si ritiene che le attività indicate dalla collega \_\_\_\_\_ nel rapporto del 20 aprile 2006 siano da considerare esigibili ed adeguate. Per quanto riguarda la questione dell'età (61 anni) occorre tener presente che l'analisi circa la reperibilità di un posto di lavoro deve essere effettuata in abstracto, presupponendo quindi l'esistenza di un mercato del lavoro supposto in equilibrio. Al proposito, il TF ha già avuto modo di annotare che: “s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle” (VSI 1999, p. 246). E ancora, per quel che concerne in special modo l'età: “die Invalidenversicherung hat zwar nicht dafür einzustehen, dass ein Versicherter zufolge seines Alters keine seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung angepasste Arbeit mehr findet (DTF 129 V 225, 107 V 21)”. Nel caso concreto, considerando un mercato del lavoro in equilibrio, si ritiene che l'assicurato sia da considerare ancora reintegrabile nel ciclo produttivo.” (Doc. 83-2) Chiamata ad esprimersi riguardo alle critiche espresse dall'avv. RA 1 riguardo alle attività ritenute esigibili dall'assicurato, la stessa consulente IP, nel rapporto complementare del 12 agosto 2010, ha osservato: " Per quanto riguarda le attività ritenute esigibili posso precisare quanto segue: - attività di controllo/sorveglianza: queste attività possono essere svolte sia in posizione seduta che in posizione eretta (eventualmente attrezzandosi con un tavolo regolabile in altezza). Va inoltre considerato che solitamente circa ogni due ore vi è la possibilità di fare una pausa per frazionare il tempo di lavoro. - Operaio generico: anche in questo caso molte attività possono essere svolte sia in piedi che seduti e molte aziende lasciano al dipendente la possibilità di variare la posizione in base al bisogno. - Autista: in questo caso l'attività di autista viene intesa per trasporti su breve raggio (limitatamente al Canton Ticino, dove il tempo di trascorrenza massimo ammonta a circa 1 ora e mezza) e per dei piccoli trasporti senza mansioni di carico/scarico (che potrebbero comunque essere fattibili con dei mezzi ausiliari come il carrello sollevatore). - Magazziniere: l'attività potrebbe essere svolta in un magazzino a forte automazione dove sono presenti tutti i mezzi necessari (muletti, carrelli elevatori,...) per evitare il sollevamento manuale dei pesi. - Venditore non qualificato: in questo ambito l'assicurato potrebbe alternare l'attività prevalentemente eretta con lavori di incasso dove egli potrebbe rimanere seduto. Visto quanto sopra esposto ritengo di potere confermare integralmente le attività citate nel precedente rapporto in quanto esigibili con lo stato di salute del signor RI 1.” (Doc. 91/1-2) A fronte delle ulteriori contestazioni espresse in sede di osservazioni contro il progetto di decisione del 24 febbraio 2012 dalla patrocinatrice dell'assicurato – la quale ha criticato le attività ritenute esigibili dalla consulente IP, dato che a suo parere si tratta di “attività escluse sia dal medico curante del ricorrente sia dal dr. \_\_\_\_\_” (doc. 126-7) - un'altra consulente IP, nel rapporto finale del 9 agosto 2012, ha rilevato che “dopo avere quindi analizzato attentamente la situazione si conferma quanto già correttamente espresso dalla consulente nel rapporto del 12 ottobre 2010” (doc. 130-1). In sede ricorsuale, la patrocinatrice ha nuovamente contestato le conclusioni alle quali sono giunte le consulenti IP, rilevando innanzitutto che le stesse non hanno tenuto conto “del ruolo che egli ha occupato presso la ditta gestita dalla moglie”, chiedendosi se l'interessato “sarebbe

stato in grado di esercitare un'attività lavorativa se non fosse stato assunto dalla moglie, in un ambiente "protetto", dove in realtà gestiva la giornata a dipendenza di come egli si sentiva e quindi di quello che il suo stato di salute gli permetteva di eseguire" (doc. I). La patrocinatrice del ricorrente ha poi nuovamente contestato le attività ritenute esigibili da parte delle consulenti IP, ritenendole non rispettose delle sue limitazioni funzionali, implicando il mantenimento di posizioni statiche e prolungate nel tempo. Inoltre, l'avv. RA 1 ha evidenziato che la seconda consulente IP "non si avvede che la capacità lavorativa indicata dai periti nel 70% è riferita ad attività prettamente amministrative, di modo che ella avrebbe dovuto approfondire la questione a sapere quali attività il signor RI 1 avrebbe potuto ancora svolgere o essergli imposte, tenuto conto delle sue esperienze lavorative precedenti, del suo curriculum vitae, della sua età e delle sue conoscenze in ambito amministrativo e dei limiti posti dai periti" (doc. I). Il TCA non può condividere le critiche della patrocinatrice del ricorrente, per i motivi che verranno di seguito esposti. Innanzitutto, a proposito delle reali possibilità per l'interessato di svolgere delle attività lavorative al di fuori del presunto "ambito protetto" nel quale egli avrebbe lavorato presso la ditta gestita dalla moglie, questo Tribunale si limita a rilevare che, come esposto in precedenza (cfr. consid. 2.5.), sia il dr. \_\_\_\_\_, prima, sia i medici del SAM, poi, abbiano ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 60% nella sua precedente attività, ma lo abbiano per contro ritenuto abile al lavoro al 100% dal 21 agosto 2004 al 30 aprile 2007 e al 70% dal 1° novembre 2007 al 30 settembre 2010, nello svolgimento di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, senza indicare che la residua capacità lavorativa fosse da intendere come sfruttabile solo in un ambiente protetto. Quanto alla seconda critica relativa alle attività ritenute esigibili dall'amministrazione, secondo questo Tribunale, all'assicurato poteva essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa, tenuto conto dei limiti funzionali da lui presentati fino al 30 settembre 2010, in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, leggere e con possibilità di variare continuamente la postura. Come evidenziato dalle consulenti in integrazione professionale, infatti, tenuto conto dei limiti funzionali di natura reumatologica dell'assicurato, era possibile individuare un mercato del lavoro apprezzabilmente esteso, comprendente attività semplici, leggere e poco qualificate, da effettuare in posizione ergonomica, alternando la postura. Va inoltre rilevato che, a prescindere dalla questione dell'esigibilità o meno delle professioni indicate a titolo esemplificativo dalle consulenti, resta il fatto che, sul mercato generale del lavoro, esistono delle attività non qualificate, con mansioni semplici e ripetitive e che non richiedono una preparazione professionale specifica, che l'interessato, malgrado il danno alla salute, sarebbe stato in grado di esercitare al 100%, rispettivamente al 70%. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. Quanto alla mancanza di formazione invocata dal patrocinatore dell'assicurato quale impedimento al poter reperire una attività leggera adeguata, il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un'attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali. Ad esempio, nella sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005 -

cresciuta in giudicato dopo che il ricorso al TFA era stato ritirato a fronte della possibilità di incorrere in una *reformatio in pejus* (cfr. STFA U 218/05 del 13 giugno 2006) - questo Tribunale ha considerato realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività cosiddette sostitutive trattandosi di un assicurato, di professione ferraiolo, vittima di un infortunio all'arto superiore sinistro che ne aveva limitato la capacità lavorativa ad attività leggere, non comportanti il sollevamento/trasporto di pesi rilevanti e l'ingaggio del braccio in questione in lavori da eseguire sopra l'orizzontale. Alle medesime conclusioni è giunto il TCA anche nella sentenza 32.2007.321 dell'8 ottobre 2008, cresciuta incontestata in giudicato, concernente un'assicurata straniera, nata nel 1955, priva di formazione, che in passato, prima del danno alla salute (consistente essenzialmente in problemi al rachide, specialmente agli arti superiori), aveva sempre svolto l'attività di operaia agricola. L'Alta Corte è peraltro pervenuta a questa stessa conclusione nelle sentenze U 191/99 del 24 gennaio 2001 e I 532/05 del 13 luglio 2006, concernenti degli assicurati stranieri, analfabeti e privi di formazione - attivi prima del danno alla salute in attività manuali pesanti - che presentavano degli impedimenti funzionali sostanzialmente di natura reumatologica-ortopedica. È poi utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. DTF 119 V 347; VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). Il Tribunale federale ha nuovamente avuto occasione di richiamare la sua giurisprudenza nella STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008, con la quale ha confermato la STCA 35.2007.42 del 21 giugno 2007, osservando: " 8.2 Come rettamente rilevato dal Presidente del Tribunale cantonale, tuttavia, la questione se la capacità lavorativa in posizione prevalentemente eretta risulta effettivamente ridotta non va risolta in questa sede. In effetti in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4, tabella TA1) - un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurato (v. per analogia la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 324/00 del 5 giugno 2001, consid. 2b) - la Corte ha già ripetutamente statuito, in casi con limitazioni funzionali analoghe, che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347 ; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda anche la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7)." Il Tribunale federale ha ribadito la propria giurisprudenza in una STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012, nella quale, confermando la sentenza 32.2012.41 del 24 luglio 2012 di questa Corte, ha ritenuto esigibili da parte dell'assicurata le attività leggere e prevalentemente sedentarie considerate dall'amministrazione (quali, ad esempio, quella di impiegata in un call center o quella di operaia generica, ad esempio presso una ditta farmaceutica),

sottolineando che “ le professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) indicate sono esercitabili senza necessariamente mettere in atto particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3)”. In un'altra sentenza 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012, confermando la pronuncia di questo Tribunale 35.2012.17 del 18 giugno 2012, l'Alta Corte ha ribadito che, nel caso di un'assicurata, affetta da disturbi a livello del rachide lombo-sacrale e ritenuta, dal profilo medico, ancora abile al lavoro al 100% in attività adeguate, esistesse un mercato del lavoro sufficientemente ampio in cui realizzare la sua capacità lavorativa residua, esercitando attività leggere, con possibilità di alternare la postura. Per quanto riguarda, invece, l'asserita necessità dal profilo medico per l'assicurato di svolgere esclusivamente attività di tipo amministrativo, per le quali egli non sarebbe in possesso delle necessarie qualifiche, questo Tribunale rileva che ciò non corrisponde a quanto valutato dal perito reumatologo autore del consulto specialistico per conto del SAM. Nel suo referto peritale del 4 maggio 2009, difatti, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, ha espressamente indicato che “per quanto riguarda attività lavorative prettamente di tipo amministrativo vi è una riduzione dell'attività professionale del 30%”, aggiungendo poi che “per quanto riguarda delle attività lavorative da considerare medio leggere ed ergonomicamente adatte per le condizioni di salute del paziente, che tengano in considerazione le limitazioni funzionali sopra descritte, vi è una ridotta capacità professionale del 30% da riferire ad una diminuzione del rendimento e la necessità di pause più prolungate” (cfr. doc. 75-38). Anche questa contestazione non ha quindi ragion d'essere. Infine, per quanto riguarda la possibilità per il ricorrente, in considerazione della sua età (del 1948), di trovare un'occupazione sul mercato del lavoro, va rilevato che sebbene l'età avanzata venga considerata un fattore estraneo all'invalidità, la giurisprudenza riconosce che essa, insieme ad altri fattori di carattere personale o professionale, può ostare alla realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato per mancanza di richiesta di tale forza lavoro (sentenza 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.1 e 4.2.2 , anche DTF 132 V 393 consid. 3.2). In che misura l'età influisca sulla possibilità di realizzare la capacità lavorativa residua non si valuta alla luce di un principio generale, bensì tenuto conto delle esigenze delle attività di riferimento (sentenza 9C\_918/2008 consid. 4.2.2 con riferimenti). In concreto, secondo l'allora consulente IP incaricata, l'assicurato – nei periodi nei quali, dal profilo medico, era stato considerato ancora abile al lavoro nella misura del 100% (a partire da agosto 2004), rispettivamente del 70% (da novembre 2007 fino a settembre 2010) - poteva ancora svolgere un'ampia gamma di attività; la sua capacità lavorativa risultava inoltre ridotta solo nella misura in cui doveva introdurre delle pause che ne riducevano il rendimento del 30%. Il TCA condivide la valutazione dell'amministrazione (cfr. sentenza 9C\_918/2008 consid. 4.2.2, in cui l'Alta Corte ha considerato ammissibile la realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato, malgrado l'assicurato avesse compiuto sessant'anni; si confrontino pure sentenze I 304/06 del 22 gennaio 2007 consid. 4.1 e 4.2, in cui la capacità lavorativa di un assicurato sessantenne con limitazioni psichiche e fisiche e una riduzione del 30% è stata considerata realizzabile, e I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 4.2). Il TCA rileva, inoltre, che nel periodo in questione all'interessato restavano ancora alcuni anni di attività prima di beneficiare di una rendita di vecchiaia. Non si può di conseguenza ritenere - secondo quanto stabilito dal Tribunale federale, nei casi in cui un assicurato è molto vicino a l pensionamento (cfr. I 462/02 del 26 maggio 2003, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 35; I 401/01 del 4 aprile 2002) - che la sua capacità

lavorativa residua non fosse più economicamente utilizzabile (cfr., per dei casi analoghi, I 831/05 del 21 agosto 2006, in cui il TF ha ritenuto che un assicurato 61enne, considerato ancora abile nella misura del 50% nella sua e in altre attività leggere adeguate, fosse realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato; I 304/06 del 22 gennaio 2007, in cui il TF ha ritenuto che un assicurato, 60enne, totalmente inabile nella sua precedente attività di saldatore ma abile a svolgere nel corso di un'intera giornata un'attività leggera adeguata con una flessione del rendimento del 30%, fosse realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato; in un'altra sentenza I 376/05 del 5 agosto 2005, l'Alta Corte ha pure ritenuto realistiche le possibilità di sfruttamento della capacità lavorativa residua del 100% in attività leggere adeguate per un assicurato 60enne al momento della decisione impugnata). In esito alle considerazioni che precedono, il TCA deve concludere che sul mercato del lavoro esistono delle attività che l'assicurato sarebbe stato in grado di esercitare in misura del 70%, nonostante il danno alla salute, fino al mese di settembre 2010.

2.7. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Nel caso di specie, come visto (cfr. consid. 2.5.), dalla perizia del SAM e del CPAS emerge che l'assicurato ha presentato una incapacità lavorativa di lunga durata a causa dei disturbi che lo affliggono a partire dal mese di agosto 2004. Pertanto, in applicazione dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), l'anno di carenza è giunto a termine nel mese di agosto 2005, momento a partire dal quale egli avrebbe potenzialmente avuto diritto a una rendita di invalidità. A quel momento, tuttavia, come calcolato dall'allora consulente IP incaricata, egli - ancora abile al lavoro al 100% nello svolgimento di attività adatte - non presentava un grado di invalidità di almeno il 40%, percentuale minima per potere beneficiare di una rendita di invalidità (cfr. doc. 54 e 55). Dopo il peggioramento delle sue condizioni di salute - tali da renderlo totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività a partire dal mese di maggio 2007 - l'amministrazione ha correttamente attribuito all'interessato una rendita intera di invalidità. La rendita intera è tuttavia stata soppressa dall'amministrazione a decorrere dal 1° febbraio 2008 (tre mesi dopo il miglioramento delle sue condizioni di salute e della sua capacità lavorativa, che i medici del SAM hanno valutato del 70% nello svolgimento di attività adatte a partire dal 1° novembre 2007). Pertanto - 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 il confronto dei redditi, nel caso concreto, sono determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2008 (momento a partire dal quale l'amministrazione ha momentaneamente soppresso la corresponsione della rendita intera di invalidità).

2.8. Per quel che concerne il reddito da valido, non oggetto di contestazione, nel rapporto del 2 marzo 2010, la consulente in integrazione incaricata ha tenuto conto di un salario (2008) di fr. 48'524 (doc. 79-2), aggiornando il reddito di fr. 46'800 calcolato dalla precedente consulente IP (cfr. doc. 54-2). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dall'importo citato, che, del resto, non è stato contestato dall'assicurato.

2.9. Per quanto riguarda 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 I 222/04 del 5 settembre 2006). In una 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 con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. In una sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 il Tribunale federale ha confermato la propria giurisprudenza per quanto riguarda il parallelismo dei redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% e ha sottolineato quanto segue a proposito dell'argomentazione dell'amministrazione secondo cui il gap salariale sarebbe in realtà imputabile anche alla realtà economico-sociale del Cantone Ticino: "(...)"

#### E. 4.6

Quanto all'eccezione secondo cui il gap salariale - che non è contestato nel suo calcolo in quanto tale, ma solo nel suo principio - poiché il salario percepito dall'assicurata sarebbe stato perfettamente in linea con quelli versati in Ticino per impieghi analoghi, essa, oltre a contraddire la tesi ricorsuale esposta al considerando precedente, dimostra semmai che un reddito di fascia media (nazionale) non era realisticamente conseguibile, rispettivamente non era ragionevolmente esigibile, in ogni caso non nella fattispecie concreta viste anche la carente formazione (5 anni di scuola dell'obbligo in Bosnia) e le precarie conoscenze linguistiche già solo in italiano che impedivano all'opponente di realizzare un salario medio (nazionale), se del caso fuori Cantone. Per riprendere quanto esposto in DTF 135 V 58 consid. 3.4.4 pag., non si giustificerebbe in effetti in alcun modo contrapporre a un reddito senza invalidità nettamente al di sotto della media (nazionale) un reddito da invalido medio (nazionale) realisticamente irrealizzabile (in questo senso in sostanza anche RtiD 11-2008 pag. 293, U 8/07). Il richiamo al consid. 5.3 della DTF 135 V 297 non soccorre all'Ufficio ricorrente, non avendo il Tribunale federale in quella sede posto altri principi. Similmente l'UAI non può trarre vantaggio dalla sentenza 1405/06 dei 29 maggio 2007; non fosse altro perché la sentenza U 75/03 alla quale è rinviato al consid. 4.4 si riferisce in realtà a un altro tema, e più precisamente a quello - non più in discussione - dell'inapplicabilità dei dati statistici relativi alle "grandi regioni" (tabella TA13) per determinare il reddito ipotetico da invalido. E inoltre perché il Tribunale federale ha comunque fatto chiarezza sulla questione qui in discussione con la successiva sentenza (citata) U 8/07. Inconferente si rivela infine pure il richiamo al consid. 4.5 della sentenza 9C112/2012 del 19 novembre 2012. In quella vertenza si trattava infatti di valutare la situazione di una assicurata la quale - a differenza di quanto si è verificato in concreto - aveva continuato ad esercitare le medesime attività svolte in precedenza anche dopo il danno alla salute rendendo così logicamente inattuabile un adeguamento dei redditi" (sentenza TF 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013). In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'806.--. 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. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 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 meccanico di automobili, avrebbe guadagnato nel 2008 fr. 48'524 / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.8.). Tale reddito si situa, per ragioni estranee all'invalidità, sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente ( cioè fr. 55'065, cfr. Tabella TA1 p.to 50 " Commercio e riparazione di autoveicoli" , livello di qualifica 4, fr. 4'329.-- X 12 mesi = 51'948.-- riportato su 42.4). Se si riduce il reddito statistico da invalido, in applicazione della giurisprudenza di cui alla 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009, della percentuale del 7% (parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5%) si ottiene un importo di fr. 55'780.36. Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico, a partire dal mese di novembre 2007, l'assicurato poteva esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 70%, il reddito statistico citato va ridotto del 30% e ammonta a fr. 39'046.25 ( fr. 55'780.36 ridotti del 30% ) (sulla riduzione del reddito statistico da invalido

da operare in due fasi cfr. le STF 8C\_931/2010 del 26 gennaio 2011 e la STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009). 2.10. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15%. 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.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l'altro, delle deduzioni percentuali varianti dall'1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l'applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: "(...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C\_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C\_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove

applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.11. In concreto, nelle decisioni impugnate, l'amministrazione ha applicato una riduzione del "5% per attività leggere" e del "10% per tenere conto della riduzione della redditività" (doc. 83-3). 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).» Nel caso di specie, questo Tribunale rileva che il consulente incaricato non ha tenuto conto dell'età dell'assicurato (nato nel 1948) (cfr. STF 9C\_93/2008 del 19 gennaio 2009, pubblicata in SVR 7/2009 IV 27, in cui il TF ha tenuto conto dell'età dell'assicurato, pari a 58 anni al momento determinante; cfr. pure STF 8C\_641/2008 del 14 aprile 2009, in cui l'Alta Corte ha preso in considerazione una riduzione del 5% per l'età (56 anni) ). A mente del TCA, pertanto, sarebbe stato più equo applicare una riduzione del 20% (cfr. STF 9C\_916/2009 del 30 agosto 2010 pubblicata in RtiD I-2011 pag. 223 ). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2008, partendo da un salario da invalido di fr. 55'780.36, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 70% e ammettendo la riduzione del 20%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 31'237 (fr. 39'046.25 - (fr. 39'046.25 x 20 : 100)) . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 48'524.-- (consid. 2.8.), emerge un tasso d'invalidità del 35.6 arrotondato al 36% (secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41) , percentuale che non consente di attribuire una rendita, come correttamente stabilito dall'amministrazione nelle decisioni impugnate. L'assicurato ha invece poi nuovamente diritto ad una rendita intera di invalidità a decorrere dal 1° ottobre 2010, come correttamente considerato dall'amministrazione nelle decisioni impugnate, posto che, dopo il peggioramento delle sue condizioni di salute - che come visto in precedenza (cfr. consid. 2.5.), lo hanno reso inabile al lavoro al 70% in qualsiasi attività a contare dal mese di ottobre 2010 - egli, dal profilo economico, secondo quanto valutato dal consulente IP incaricato nel rapporto finale del 13 dicembre 2011, è definitivamente non più reintegrabile nel mercato del lavoro (doc. 119-3). Le decisioni impugnate meritano quindi conferma. 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.