

TI_GERICHTE 32.2007.297 vom 10. April 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-04-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.297_d20000410

FR: TI_GERICHTE 32.2007.297 du 10 avril 2000

IT: TI_GERICHTE 32.2007.297 del 10 aprile 2000

Regeste

A ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni in quanto il grado d'invalidità non è sufficiente

Erwägungen

E. 12

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (nдр.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli

sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza 9C_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. _____, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. _____ (DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)" In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.5. Nella decisione su opposizione del 26 luglio 2007 l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato ritenendo il grado di invalidità inferiore al 40%. Questo Tribunale è dunque chiamato a stabilire se l'UAI ha correttamente o meno negato la rendita a RI 1. In tale contesto il TCA rileva che l'UAI nell'ambito della domanda di prestazioni del 21 maggio 1999, al fine di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, aveva predisposto una perizia reumatologica ad opera del Dr. Med. _____, spec. FMH in reumatologia. Questo specialista, in data 28 marzo 2000, dopo aver illustrato l'anamnesi del paziente, oltre ai dati soggettivi e oggettivi, aveva posto la seguente diagnosi (doc. AI 17-5): " (...) 4. DIAGNOSI - gonartrosi a livello del compartimento mediale del ginocchio destro, nonch'è artrosi femoropatellare destra in stato dopo trauma del ginocchio di destra nel 1973 con frattura da strappo nella parte prossimale laterale della tibia e rottura del ligamento crociato anteriore di destra - stato dopo molteplici interventi chirurgici come di seguito: - 23.11.1973 sutura del ligamento crociato anteriore del ginocchio destro - 30.07.1974 asportazione del materiale di osteosintesi e delle viti del ginocchio destro -

9.04.1975 plastica ligamentare del crociato anteriore del ginocchio destro - 4.11.1976 asportazione del tessuto fibroso e del materiale di fissazione del ginocchio destro - 21.09.1976 artroscopi a diagnostica de l ginocchio destro - 10.11.1977 revisione della cicatrice del ginocchio destro - 18.03.1986 artroscopia diagnostica del ginocchio destro - 23.09.1991 revisione ligamentare e cicatrice del ginocchio destro - 12.05.1993 artroscopia con lisciaggio della cartilagine della rotula destra - 25.10.1993 plastica ligamentare del crociato anteriore del ginocchio destro - sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni a carattere statico e alterazioni degenerative di minima entità - dolore a livello delle braccia soprattutto a destra in stato dopo: - operazione di denervazione del gomito destro per un'epicondilopatia radiale cronica avvenuta in data 30.04.1991 - stato dopo operazione del tunnel carpale di destra nell'ottobre de l 1999 - stato dopo tenolisi del flessore lungo del pollice sinistro per tendinite stenosante in data 27.01.1999 - dolori a livello della caviglia di sinistra in stato dopo artroscopia diagnostica, sinovectomia e artrolisi parziale artroscopica della caviglia sinistra in data 1.3.2000 per un impingement tibiotarsica sinistra, nonch é lesioni cartilaginee anterolaterali a livello del tallo . (...)" Il perito si era così espresso in merito al grado di capacità al lavoro: " (...) 5. GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITA' ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Il problema principale del paziente sono i disturbi a livello del ginocchio destro. Egli fu vittima in data 19.11.1973 di un trauma distorsivo del ginocchio destro e si procurò la lesione del ligamento crociato anteriore, nonché una frattura da strappo della tibia prossimale laterale destra. L'evoluzione è stata caratterizzata da dolori persistenti e soprattutto dal manifestarsi di un'instabilità anteromediale del ginocchio destro che ha richiesto l'esecuzione di una plastica ligamentare del crociato anteriore nel 1975 e un reintervento ancora di plastica ligamentare del crociato anteriore il 25.10.1993. Dopo questo ultimo intervento la problematica d'instabilità è risolta. I disturbi del paziente sono ora riportabili soprattutto alle alterazioni degenerative secondarie a livello da una parte del compartimento mediale del ginocchio destro, ma soprattutto su un'artrosi femoropatellare, con chiari scrosci al movimento e dolori alla mobilizzazione della patella soprattutto sotto pressione. I disturbi del paziente sono credibili, oggettivabili e relazionati con il reperto clinico, radiologico e artroscopico. Egli presenta inoltre dei disturbi a livello della colonna vertebrale su delle alterazioni di tipo statico e degenerativo comunque di modesta entità, nell'ambito di una sindrome lombovertebrale cronica senza segni d'instabilità lombosacrale. Vi sono poi dei dolori a livello delle estremità superiori soprattutto alle braccia di carattere muscolare e uno stato dopo intervento chirurgico di denervazione del gomito destro, nonché di decompressione del nervo ulnare di destra e di tenolisi del flessore lungo del pollice di sinistra. La problematica a livello del ginocchio destro è senz'altro quella di maggiore limitazione dal punto di vista della capacità lavorativa. Il paziente è limitato nella deambulazione prolungata nel camminare in salita e in discesa e nel piegarsi sulle ginocchia. Anche il rimanere fermo in piedi sempre nella medesima posizione per un lungo periodo è associato ad un aumento dei disturbi. Un'attività lavorativa da svolgere essenzialmente in piedi, camminando o rimanendo sempre fermo oppure dovendosi ripetutamente piegare o salendo e scendendo continuamente le scale è da ritenersi limitata almeno nella forma del 50%. Penso qui soprattutto alla professione di venditore. Per quanto riguarda invece un'attività lavorativa a carattere sedentario, come poteva essere quella di impiegato di banca svolta dal paziente fino al momento del licenziamento, ritengo che questa potrebbe essere svolta nella forma completa. Anche delle attività lavorative in cui il

paziente possa alternare la posizione seduta con quella in piedi, con quella camminando, preferendo comunque la posizione seduta le limitazioni dell'attività lavorativa sarebbero al massimo del 20%. Attualmente il paziente è inabile al lavoro nella forma completa per lo stato dopo artroscopia diagnostica e sinovectomia nonché artroscopia parziale della caviglia sinistra. La problematica comunque dovrebbe migliorare nel decorso. Se non fosse il caso si dovrà rivedere la valutazione anche per quanto riguarda la capacità lavorativa a medio e lungo termine." (Doc. AI 17-5+6) Sulla base di questa valutazione peritale l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'insorgente con decisione formale del 10 aprile 2000 che è cresciuta incontestata in giudicato. Nell'ambito della nuova richiesta di prestazioni del 3 ottobre 2001 il medico del SMR, Dr.ssa _____ ha fornito la seguente valutazione (doc. AI 44-2): "(...) Valutazione: dalla documentazione medica a disposizione lo stato di salute attualmente descritto corrisponde a quello rilevato nel 2000 in occasione della valutazione peritale reumatologica Dr. _____ : problema principale ginocchio destro con le relative limitazioni funzionali già note e riconosciute. In particolare, non viene descritto un peggioramento della situazione in confronto al 2000. Il curante Dr. _____ in effetti valuta la capacità lavorativa attuale in modo invariato come precedentemente il Dr. _____ nel 2000. Unicamente l'ortopedico curante, sempre in relazione alla problematica del ginocchio destro, valuta una diminuita capacità lavorativa anche in attività sedentaria senza ulteriori motivazioni in presenza della medesima patologia oggetto di accertamento peritale del 2000. In conclusione, in base alla documentazione medica si può quindi affermare uno stato di salute invariato in confronto al 2000, con presenza di limitazioni funzionali analoghe a quelle già descritte precedentemente. La capacità lavorativa nelle varie attività è quindi da ammettere invariata in confronto alla precedente valutazione peritale. L'attuale attività di aiuto-operaio par qu ettista-tappezziere svolta al 50% da ottobre 2002 non è comunque da ritenere adatta allo stato di salute in quanto richiede continui movimenti di flessione del ginocchio ma viene svolta dall'A. per esigenze puramente economiche. La valutazione economica non è di mia competenza ma mi chiedo se un reinserimento in attività di impiegato di banca svolta fino al 1997 ma ormai interrotta da oltre cinque anni oppure in altra attività d'ufficio è ancora esigibile senza misure professionali." L'UAI ha respinto la nuova domanda di prestazioni con decisione formale del 25 novembre 2004. In sede di opposizione il ricorrente ha prodotto il certificato del medico curante Dr. _____ che in data 21 marzo 2005 si è così espresso all'indirizzo dell'UAI (doc. AI 60-1): "L e riferisco in merito al paziente a margine che ho rivisto in data odierna sempre per dolori al ginocchio destro. Personalmente questa sintomatologia con sensazioni di instabilità e di dolori molto importanti è una conseguenza e un peggioramento dello stato del ginocchio sul trauma avuto diversi anni fa e quindi stiamo lentamente andando verso una gon artrosi tricompartmentale concl amata. Al momento non vi è personalmente chiaramente nessuna indicazione chirurgica e lascio a voi decidere molto probabilmente di rivalutare il paziente da un punto di vista assicurativo. Tra l'altro il paziente era stato da me operato per un problema meniscale con ottimo risultato come per una frattura di Bennet al pollice sinistro con ottimo risultato e 3 mesi or sono dal Dr. _____ alla spalla destra con veramente ottimo risultato. Il paziente quindi, personalmente, è veramente molto volenteroso. E chiaro che con il passare del tempo il problema al ginocchio lo potrà senz'altro limitare." L'amministrazione ha così ordinato una seconda perizia allestita in data 20 maggio 2005 sempre dal Dr. med. _____ (doc. AI 65-1). Nel proprio referto peritale lo specialista ha posto la seguente diagnosi: "(...) 4. DIAGNOSI - gonartrosi a livello del compartimento mediale del ginocchio destro, nonché

artrosi femoro-patellare a destra in stato dopo trauma del ginocchio di destra nel 1973, con frattura da strappo nella parteprossimale laterale della tibia e rottura del Ligamento crociato anteriore di destra. Stato dopo molti interventi chirurgici in seguito - sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni a carattere statico e degenerativo di modesta entità - periartropatia omeroscapolare tendinopatica a livello delle spalle bilateralmente - stato dopo intervento a livello della spalla di destra lo scorso anno . (...)" (Doc. AI 65-4) In merito al grado di capacità lavorativa il perito si è così espresso: " (...) 5. GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITA' ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Le sintomatologie più importanti di questo paziente sono attualmente localizzate a livello del ginocchio di destra dove vi è un'evoluzione cronica con un'artrosi ed un'artrosi femoropatellare in stato dopo plurimi interventi chirurgici a seguito di una frattura nel 1973 e di una lesione del ligamento crociato anteriore. Clinicamente vi sono delle alterazioni compatibili con un'artrosi, con deformazione dell'articolazione. Non vi sono segni comunque di tipo irritativo attuale, in particolar modo nessun gonfiore o versamento articolare. Le indagini radiologiche da me eseguite a livello del ginocchio destro, mostrano una chiara riduzione della rima articolare al compartimento mediale, un'iniziale calcificazione del menisco laterale ed un'iniziale alterazione di tipo osteofitosico a livello della faccetta articolare della patella. I reperti radiologici evidenziati attualmente sono praticamente sovrapponibili alle radiografie antecedentemente eseguite dal Dr. _____ nell'anno 2000. Il paziente presenta inoltre una problematica a livello della colonna lombare con una sindrome lombo-vertebrale, su alterazioni di tipo degenerativo soprattutto a livello dei segmenti L3/L4, L4/L5 e L5/S1 con osteocondrosi e spondilosi anteriore a questi livelli. Vi è al segmento L2 / L3 una spondilosi a carattere iperostotica laterale destra. Non vi sono segni di un'insufficienza segmentale né dal punto di vista clinico né radiologico e non vi sono segni clinici per una compressione radicolare. Le indagini radiologiche da me eseguite a livello della colonna lombare, mostrano dei reperti sostanzialmente invariati rispetto alle radiografie antecedentemente eseguite dal Dr. _____ nell'anno 2001. Il paziente presenta poi una periartropatia omeroscapolare tendinopatica a livello di entrambe le spalle con un reperto radiologico alla spalla destra che mostra una sclerosi a livello del tuberculum majus ed un restringimento dello spazio sub-acromiale con osso acromiale piuttosto prominente. Non ho all'esame clinico attuale segni d'impingement o sospetti per una lesione della cuffia dei rotatori. Si tratta tutto sommato quindi di un'evoluzione piuttosto contenuta dei reperti sia clinici che radiologici se si confrontano i dati attuali con quelli da me evidenziati nella mia perizia del 22.03.2000. Tenendo in considerazione quindi questi aspetti, ritengo che nell'attività professionale attualmente svolta e cioè quella di aiutante nell'ambito di una ditta che si occupa di arredamenti interni con posa di pavimenti, nonché posa di tendaggi, il paziente presenti un'incapacità lavorativa del 60%. Ritengo in effetti che vi sia delle limitazioni innanzitutto nel rimanere sempre fermo in piedi, ma soprattutto nel piegarsi sulle ginocchia, nel salire e scendere le scale e nel dover fare dei movimenti ripetitivi con le braccia alzate sopra l'orizzontale. Per quanto riguarda l'altra attività svolta dal paziente e cioè quella di sorvegliante e guidatore di un piccolo bus presso la _____, vi è a mio modo di vedere una possibilità occupazionale nella forma completa. Per quanto riguarda la sua attività antecedentemente eseguita e più precisamente quella di impiegato di banca, ritengo che attualmente non vi siano delle limitazioni sostanziali che giustifichino un'incapacità lavorativa, Trattandosi qui di una professione da svolgere prettamente in posizione seduta con possibilità di cambiare la posizione seduta a

quella in piedi alla deambulazione e dal fatto di non dover sottoporre a particolari sforzi le ginocchia e di non dover lavorare con le braccia alzate sopra l'orizzontale. " (Doc. AI 65-4+5) Nelle proprie annotazioni del 1° luglio 2005 il medico del SMR, Dr. ssa _____, ha fatto le seguenti precisazioni (doc. AI 66-1): " Riassunto caso vedi proposta medica del giugno 2003 e annotazione del medico del 31.03.2005. Perizia reumatologica Dr. _____ del 20.05.2005: Problema ginocchio destro: radiologicamente nessuna ulteriore evoluzione a livello della nota gonartrosi ginocchio destro, clinicamente senza segni di irritazione attuale (gonfiore o versamento articolare). Problema lombo vertebrale : reperti radiologici sostanzialmente invariati rispetto al 2001. Clinicamente non segni di insufficienza segmentale o segni di compressione radicolare. Problema spalle: clinicamente non segni d'impingement o sospetti per una lesione della cuffia dei rotatori. Evoluzione piuttosto contenuta dei reperti clinici che radiologici in confronto al 2000. Capacità lavorativa: IL 60% come aiutante posa pavimenti e posa tendaggi. L'attività di sorvegliante e guidatore di piccolo bus _____ è idonea e potrebbe anche essere svolta in forma completa. Piena capacità lavorativa come impiegato d'ufficio. In conclusione , non si è oggettivato un peggioramento dello stato di salute significativo rispettivamente della funzionalità fisica in confronto al 2000/2001 per cui si può sostanzialmente confermare il contenuto della mia proposta medico del giugno 2003 (la valutazione della capacità lavorativa residua nelle attuali attività lavorative svolte viene addirittura valutato in modo superiore). In ogni modo, viene confermato la piena capacità lavorativa come impiegato d'ufficio o in altra attività da svolgere in posizione prevalentemente seduta con possibilità di cambiare la posizione seduta a quella in piedi alla deambulazione senza sottoporre a particolari sforzi le ginocchia e la quale non richiede di lavorare con le braccia alzate sopra l'orizzontale . " 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che

possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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.(...)" (nello stesso senso cfr. STF 9C_170/2008 del 7 novembre 2008). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal Dr. _____ il 20 maggio 2005 (doc. AI 17-1), da considerare dettagliata, approfondita e che rispetta dunque i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Il Dr. _____ ha ribadito che la patologia più importante rimane quella del ginocchio destro dove vi è un'evoluzione cronica con un'artrosi ed un'artrosi femoropatellare in stato dopo molteplici interventi chirurgici a seguito di una frattura nel 1973 e di una lesione del ligamento

crociato anteriore. Anche la diagnosi riguardante i disturbi alla colonna vertebrale è sovrapponibile a quella del 2000 con una sindrome lombo-vertebrale, su alterazioni di tipo degenerativo soprattutto a livello dei segmenti L3/L4, L4/L5 e L5/S1 con osteocondrosi e spondilosi anteriore a questi livelli. Il paziente presenta poi una periartropatia omeroscapolare tendinopatica a livello di entrambe le spalle con un reperto radiologico alla spalla destra che mostra una sclerosi a livello del tuberculum majus ed un restringimento dello spazio sub-acromiale con osso acromiale piuttosto prominente. Tuttavia, il perito ha precisato che il quadro valetudinario del paziente ha subito un'evoluzione piuttosto contenuta dei reperti sia clinici che radiologici se si confrontano i dati attuali con quelli evidenziati nella perizia del 22.03.2000. Nella valutazione della capacità lavorativa lo specialista ha ritenuto l'insorgente inabile al 60% nell'attività professionale svolta a quel momento e cioè quella di aiutante nell'ambito di una ditta che si occupa di arredamenti interni con posa di pavimenti. Per contro in quella di sorvegliante e guidatore di un piccolo bus presso la _____, la capacità lavorativa è considerata piena (100%) come del resto nella sua attività precedentemente eseguita e più precisamente quella di impiegato di banca. Il medico del SMR, Dr. ssa _____, il 1° luglio 2005 (doc. AI 66-1) ha dal canto suo avallato la valutazione effettuata dallo specialista interpellato dall'amministrazione, evidenziando l'assenza di un peggioramento dello stato di salute e della funzionalità fisica rispetto alle valutazioni del 2000/2001 e confermando " la piena capacità lavorativa come impiegato d'ufficio o in altra attività da svolgere in posizione prevalentemente seduta con possibilità di cambiare la posizione seduta a quella in piedi alla deambulazione senza sottoporre a particolari sforzi le ginocchia e la quale non richiede di lavorare con le braccia alzate sopra l'orizzontale . " Le conclusioni a cui è giunto lo specialista interpellato dall'amministrazione non sono state contraddette in sede ricorsuale da certificati medico-specialistici attestanti patologie maggiormente invalidanti, e dunque possono essere fatte proprie dal TCA. Per quanto riguarda la lettera del 4 settembre 2007 (doc. B) prodotta in sede ricorsuale nella quale l'assicurazione militare comunica al medico curante dell'assicurato, Dr. _____, il proprio preavviso favorevole all'intervento di protesi totale al ginocchio destro, non permette a questa Corte di considerare una differente valutazione del quadro clinico di RI 1. L'assicurazione militare si limita infatti ad acconsentire a tale intervento senza formulare alcun tipo di diagnosi o valutazione della capacità lavorativa del ricorrente. 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 alla 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). Si ricorda tuttavia alla 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).

Alla luce di quanto appena esposto, il TCA ritiene dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che il ricorrente in un'attività leggera e prevalentemente sedentaria presenta un grado di capacità lavorativa del 100%. 2.8. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico.

Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto, il TCA, tenuto conto del disposto di cui all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, ritiene determinante il 2002, come del resto riconosciuto dall'UAI e non contestato dall'assicurato. 2.9. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nel caso di specie, l'assicurato dopo le scuole dell'obbligo ha intrapreso l'apprendistato di venditore conseguendo l'attestato federale di capacità (AFC) nel 1966. Successivamente egli ha lavorato nel ramo della vendita (nel periodo 1966 -1967 e 1971 -1973), poi come agente della polizia cantonale (1968 -1970), nel ramo bancario fino al 1997 e infine come autista e operaio. Al momento della domanda di prestazioni AI l'assicurato lavorava come autista in misura del 30-35% presso l' _____ a _____ e dal mese di ottobre 2002 per il 50/60% anche presso la ditta _____, quale aiutante nella posa pavimenti e tendaggi. Il TCA rileva che nell'ambito di quest'ultima attività (arredamenti d'interni con posa di pavimenti, nonché posa di tendaggi), l'insorgente presenta un'incapacità lavorativa del 60%, mentre l'attività di sorvegliante e autista, come quella di impiegato d'ufficio, è esigibile in misura piena (100%). A mente di questa Corte ritenuto come le mansioni di guidatore / sorvegliante di bus presso la _____ siano un impiego precario e di ripiego per l'assicurato che, lo ricordiamo, dispone di un attestato federale di capacità quale venditore (AFC) non è possibile, sulla base del reddito conseguito da RI 1 in questa attività, quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che questi avrebbe potuto conseguire senza invalidità. In considerazione di ciò il reddito da valido va determinato sulla base di

dati statistici (cfr. consid. 2.9) e non, come ritiene l'UAI, sulla base delle raccomandazioni salariali della Società Svizzera degli impiegati di commercio (SIC). Applicando i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, riferita all'anno 2002, categoria 3, conoscenze professionali e specializzate p.to 52 " Commercio al dettaglio e riparazioni " si ottiene un importo mensile di fr. 4'817.-- e di fr. 57'804.-- all'anno. Da notare che nella presente evenienza, se si volessero considerare, per pura ipotesi di lavoro, i redditi percepiti dall'assicurato nell'ultima attività lavorativa esercitata (attualizzati al 2002) il risultato non sarebbe più favorevole a quest'ultimo. Nel 2001 RI 1 ha percepito quale autista/operaio presso l'_____ fr. 1'387.25 mensili / fr. 18'034.25 all'anno (doc. AI 28-1) che attualizzati al 2002 corrispondono a fr. 1'402.25 mensili / fr. 18'229.25 all'anno. Ritenuto che l'insorgente lavorava al 35% il reddito per l'attività al 50% è pari a fr. 26'041.78. L'assicurato inoltre ha lavorato per il restante 50% quale operaio presso la ditta _____ e ha percepito nel 2002 un importo mensile di fr. 1'500.-- / fr. 19'500.-- all'anno (doc. AI 38-2). I redditi delle due attività lucrative portano ad un importo complessivo di fr. 45'541.78 (cfr. STF U 52/02 del 26 novembre 2002).

2.10. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrative da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11.1; STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Il Tribunale federale ha inoltre ricordato che "nel caso di un invalido che, dopo l'insorgenza del danno alla salute, può compiere soltanto lavori leggeri e non impegnativi dal punto di vista intellettuale, il relativo reddito è di principio determinato in base alla media del salario lordo (valore totale) conseguibile per attività semplici e ripetitive (livello di esigenza 4 sul posto di lavoro) nel settore privato in conformità alle tabelle A dell'ISS (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni

U240/99 del 7 agosto 2001 consid. 3c/cc, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 pag. 347; cfr. pure DTF 129 V 472 consid.4.2.1. pag. 476 con riferimento)" (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008) Nel caso concreto, applicando i dati forniti dalla succitata tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2002 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. 4'557.-. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2008, p. 90), esso ammonta a fr. 4'750.67 mensili oppure a fr. 57'008.07 per l'intero anno (fr. x 12, 4'750.67 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). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y._____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über

E. 15

kg , ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die

IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa). 2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievor), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfüigten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per contro, 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.) In concreto, l’UAI non ha applicato decurtazioni dal reddito statistico (doc. AI 52-1) e l’assicurato non ha contestato tale circostanza. Il TCA nella fattispecie ritiene più corretto applicare una riduzione del 10% per tenere conto degli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute e del 5% in considerazione dell’età dell’assicurato, nato nel 1947. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2002, partendo da un salario da invalido di fr. 57'008.07 e ammettendo la riduzione del 15%, il reddito ipotetico dell’insorgente ammonta, quindi, a fr. 48'456.86 confrontando ora questo dato con l’ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 57'804.-- (consid. 2.9) emerge un tasso d’invalidità del 16,1 % arrotondato al 16% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita di invalidità. Il TCA sottolinea che anche applicando la riduzione massima consentita dalla giurisprudenza federale, il grado di invalidità sarebbe in ogni caso inferiore alla soglia minima del 40% stabilita dall’art. 28 cpv. 1 LAI. Va precisato infine che il risultato finale non diverge da quello dell’UAI che ha ritenuto un reddito da valido di fr. 52'000.-- sulla base delle

raccomandazioni salariali della Società Svizzera degli impiegati di commercio (SIC) e un reddito da invalido di fr. 41'000.-- fondandosi sulle valutazioni del consulente in integrazione professionale (doc. VIII) per ottenere un grado d'invalidità del 20%. Visto quanto precede, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto . 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all ' assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese; l'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 200.- sono poste a carico del ricorrente

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