

TI_GERICHTE 32.2007.73 vom 29. Januar 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-01-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.73

FR: TI_GERICHTE 32.2007.73 du 29 janvier 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.73 del 29 gennaio 2007

Regeste

TCA non ha motivo per distanziarsi dalle valutazioni peritali: assicurato, musicista indipendente, è abile al lavoro al 30% nella sua attività, ma abile al 50% in attività adeguate. Dal raffronto dei redditi, secondo metodo ordinario, risulta un grado di invalidità del 19%. No rendita

Erwägungen

E. 2

Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale: I disturbi psichici del periziando, più sopra elencati, compromettono nella misura del 50% la sua capacità lavorativa nella sua attività e nelle altre a lui idonee (da calcolarsi dal 01.12.2004).

E. 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.

E. 2.4

Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. _____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten.

E. 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.

E. 2.5.1

hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügbaren 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 conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per

l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Nella concreta evenienza, l'amministrazione non ha applicato alcuna riduzione, senza addurre motivazione alcuna (doc. 40-2). Ai fini della riduzione del reddito statistico nella presente fattispecie, va innanzitutto osservato che, a dipendenza del danno alla salute, l'assicurato è sì stato giudicato in grado di esercitare un'attività sostitutiva, ma soltanto nella misura del 50%. Ora, secondo la giurisprudenza federale, non è possibile rinunciare a decurtare il reddito statistico per il solo fatto che l'assicurato può svolgere un'attività adeguata soltanto in misura parziale: " In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird richtig festgehalten, dass einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich nicht durch einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der Rechtsprechung gemäss BGE 126 V 75 Rechnung zu tragen ist. Vielmehr ist von einer entsprechend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es kann mit anderen Worten keinen Unterschied machen, im Rahmen eines Vollzeitpensums lediglich 75 % der ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu erwartenden Leistung oder bei einem Arbeitspensum von 75 % die volle Leistung zu erbringen. Der erwähnte Abzug vom Tabellenlohn will der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit aus bestimmten Gründen (persönliche, berufliche und leidensspezifische Merkmale) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg auf dem in Betracht fallenden (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt verwertet werden kann (BGE 126 V 80 oben). So kann es beispielsweise aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus eine Rolle spielen, ob bei einem entsprechend reduzierten Arbeitspensum eine volle Leistung möglich ist, oder ob dieselbe Leistung lediglich im Rahmen eines Vollzeitpensums erbracht werden kann und auch bei reduziertem Arbeitspensum mit einer gewissen Leistungseinbusse zu rechnen ist. Im Weiteren kann einer erschwerten Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit allenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik auf einen anderen als auf den durchschnittlichen Lohn in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors («Total») abgestellt wird (BGE 129 V 483 Erw. 4.3.2; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347 [U 240/99]). Diese Ausnahmeregelung kommt

indessen nur zum Zuge, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit derart enge Grenzen gesetzt sind, dass praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten Wirtschaftszweiges ausser Betracht fallen (RKUV 2001 Nr. U 439 S. 348 f. Erw. 3c/cc).“ (STFA del 15 marzo 2006 nella causa L., U 471/05) Inoltre , sempre a causa del danno alla salute, la capacità residua del ricorrente è di fatto circoscritta a quelle attività professionali che non richiedono un eccessivo investimento da un profilo fisico e intellettuale. Altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione sul reddito statistico da invalido, non ve ne sono (in particolare, non l'età dell'assicurato, nato nel 1957). Tutto ben considerato, quindi, conformemente alla giurisprudenza citata in precedenza, il TCA è dell'avviso che con una riduzione globale del 15% (10% per gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute e 5% per il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale) si tenga adeguatamente conto delle specifiche circostanze del caso concreto. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta quindi a fr. 24'334.75 (85% di fr. 28'629). In conclusione, alla luce del reddito da valido di fr. 30'000.-- (cfr. consid. 2.9.1), il grado di invalidità dell'insorgente risulta essere del 18.88% (arrotondato al 19% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2), dunque in ogni caso inferiore alla soglia minima del 40% stabilita dall'art. 28 cpv. 1 LAI per avere diritto ad una rendita. Pertanto, nella misura in cui l'amministrazione ha negato all'assicurato il diritto a una rendita di invalidità, la sua decisione formale del 29 gennaio 2007 merita piena conferma in questa sede. 2.10. L'assicurato ha chiesto l'espletamento di una perizia medico-specialistica pluridisciplinare (I). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, già si è detto (consid. 2.8.) che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza senza che si rivelino necessari ulteriori provvedimenti probatori . Né vi sono validi motivi per ritenere inaffidabili le certificazioni mediche citate nei considerandi precedenti. Non è pertanto necessario procedere ad un perizia giudiziaria. 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 dell'assicurato.

E. 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).

E. 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 hievon), 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.

E. 3

L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Dal lato psichico sì, per i dettagli e la percentuale vedi più sopra. " (Doc. 54-4+5) Nel suo rapporto medico del 27 novembre 2006 la dr.ssa _____ ha quindi rilevato: " (...) Rivalutazione peritale Dr. _____ del 16.10.2006 Conferma la diagnosi v.s.. L'entità dei disturbi e dei limiti funzionali è rimasta invariata in confronto alla precedente valutazione peritale e continuano a compromettere parzialmente la sua capacità lavorativa in misura del 50%. Ritene indicato un aiuto al collocamento da parte AI. In conclusione, stato di salute invariato nel corso degli ultimi due anni con IL persistente del 50% per qualsiasi tipo di attività lavorativa, essenzialmente legata alla problematica psichiatrica. Indicato un aiuto al collocamento da parte AI, come già valutato da parte della consulente in integrazione professionale con rapporto dell'aprile 2006. " (Doc. 56-4) 2.6. Il ricorrente ha contestato la decisione dell'amministrazione, che, dopo valutazione economica, ha rifiutato il diritto ad una rendita (doc. 62), producendo un nuovo certificato medico del 26 febbraio 2007 del dr. _____, indirizzato al patrocinatore dell'assicurato, del seguente tenore: " (...) Ritengo come già discusso con lei, che la problematica clinica di questo paziente sia riconducibile sostanzialmente a tre distinte patologie. La patologia psichiatrica per cui mi sono occupato del caso è determinata da una grave reazione depressiva con connotati ansiosi e stremamente invalidanti, legati ad una patologia cardiaca che è esordita nel 2003 su una personalità pre-esistente già aggravata da fattori stressanti legati a vicissitudini familiari e lavorative. Il paziente che presenta uno stato d'ansia grave quasi costante ha manifestato in questi anni periodici episodi depressivi medio-gravi con sintomi biologici che sono stati certificati da parte mia per l'assicurazione invalidità. Questi disturbi ora mi hanno assunto per così dire una vita propria autonoma e separata da quelli che potrebbero essere stati in termini ipotetici i fattori scatenanti. Il paziente in effetti continua un'importante terapia psicofarmacologica pur essendo stato rassicurato per quanto riguarda le condizioni cardiache su una non attività della malattia che l'aveva colpito. È esperienza comune nell'ambito psichiatrico che i disturbi depressivi e particolarmente quelli ansiosi determinano incapacità lavorative gravi e invalidanti per questi pazienti che ne sono colpiti. Per quanto riguarda il secondo punto delle malattie di questo paziente ritengo che sarebbe opportuno un accertamento neutrale della situazione cardiaca, che nell'esperienza clinica comune al di là dei fattori biologici è sicuramente influenzata dai fattori stressogeni. Nella migliore delle ipotesi comunque l'organo bersaglio risulta non più integro come prima della manifestazione clinica. Devo ricordarle la terza patologia che determina l'incapacità

lavorativa per questo paziente che negli ultimi anni è stato prevalentemente occupato come musicista e suonatore di chitarra, legata alla problematica della mano che non mi risulta sia stata indagata da parte dell'amministrazione. In conclusione, ritengo che il paziente abbia tre distinte patologie che vanno quantificate ai fini del calcolo dell'incapacità lavorativa e quindi della perdita di guadagno che non sono state indagate da parte dell'amministrazione." (Doc. C) Al riguardo, nelle sue annotazioni del 20 marzo 2007, il dr. _____ del SMR ha osservato: " Vedi riassunto dettagliato SMR del 27.11.2006: assicurato ritenuto abile al 50% decisione UAI del 1.12.2006: nessun diritto a rendita d'invalidità dopo confronto redditi (grado AI 12%) in sede di ricorso viene presentato rapporto del dr. _____ del 26.2.2007: in questo rapporto il dr. _____ conferma la sua valutazione circa la presenza di una depressione medio grave con sintomi biologici, valutazione che ripetutamente non ha trovato conferma in ambito peritale. Inoltre il dr. _____ richiede una valutazione cardiologica neutra. Questa richiesta viene giustificata da un influsso di fattori stressogeni sul cuore. Dal punto di vista medico non riesco a seguire il nesso logico di questa richiesta. Al massimo si può ipotizzare che stress negativo abbia un influsso prognostico negativo in patologie cardiovascolari, si tratta qui però di elementi prognostici, ossia fattori di rischio per manifestazioni che possono presentarsi in futuro ma sicuramente non si tratta di elementi che influenzano attualmente la funzionalità cardiaca. Per quanto concerne la presunta problematica alla mano sinistra ricordo che non sono mai stati presentati dei dati clinici in merito ad una problematica funzionale di rilievo. In conclusione l'attuale rapporto del dr. _____ non permette di rendere verosimile una modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alle valutazioni precedenti. " (Doc. IV/bis) In data 15 giugno 2007 l'insorgente ha trasmesso al TCA copia del referto "duplex arterioso mano sinistra" redatto il 6 giugno 2007 dal dr. _____, spec. FMH in medicina interna e angiologia, del seguente tenore: " (...) CONCLUSIONI: L'arteria cubitale è pervia, ectasia del by-pass venoso fino a 6mm ma senza veri e propri processi aneurismatici, l'anastomosi distale è pervia e l'arcata palmare è pervia. La situazione è soddisfacente a livello del by-pass con comunque un'ectasia della vena interponata. Fondamentalmente questo paziente è stato operato per un aneurisma post-traumatico della cubitale sinistra e ectasia della vena da interponata deve essere controllata. Ogni trauma cronico o acuto che dovesse intercorrere sull'interponata potrebbe provocare delle complicazioni trombotiche ed emboliche con eventuali gravi danni a livello delle dita delle mani. In questo senso ritengo che egli non sia in grado di esercitare la professione di musicista se non per brevi periodi durante la giornata. Sarebbe auspicabile verosimilmente, compatibilmente con la mobilità della mano destra, l'indossatura di un guanto di cuoio al fine di ripartire la pressione del manico della chitarra su tutta la mano stessa per attutire la forza quando vi è l'esecuzione dei capotasti. Oltre a ciò è vietato ogni tipo di lavoro con oggetti vibranti o contundenti sulla mano sinistra. " (Doc. VI/bis) Nelle sue annotazioni del 9 luglio 2007 il dr. _____ ha indicato: " Vedi note del 27.11.2006 e del 20.3.2007 Attualmente perviene rapporto dr. _____ del 6.6.2007: - a causa della protesi vascolare a livello della mano sinistra il dr. _____ ritiene che l'assicurato possa suonare la chitarra solo poco tempo al giorno, inoltre sono controindicate attività con oggetti vibranti o contundenti con la mano sinistra. Valutazione e conclusione: l'attuale certificato attesta una IL maggiore per l'attività di chitarrista, IL che raggiunge in pratica un 70%, questo almeno da 4.2004. Un'attività alternativa rispettosa dei nuovi limiti funzionali risulta tuttora esigibile al 50%. Da notare che le attività alternative elencate dal CIP nel rapporto del 4.4.2006 rispettano in pratica già questi limiti. " (Doc. VIII/bis)

E. 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. (...)" (consid. 3.2)

Infine, va 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, p. 571 seg., in particolare la nota 158, p. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). 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 p. 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 tenere conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita di 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 (cfr. STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.8. Nell'evenienza concreta, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, deve concludere che la perizia psichiatrica del dr. _____ è dettagliata, approfondita e rispecchia i parametri giurisprudenziali appena ricordati (cfr. consid. 2.7.) e può quindi, unitamente ai rapporti medici del Prof. _____ e del dr. _____, validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio. Va infatti evidenziato che il dr. _____ ha avuto modo di esprimere la propria valutazione peritale a due riprese, esaminando l'assicurato una prima volta in data 16 novembre 2005 e, una seconda, il 13 ottobre 2006, giungendo in entrambe le occasioni alle medesime conclusioni in merito alla diagnosi delle patologie che affliggono l'interessato e al loro

influsso sulla sua capacità lavorativa residua. Infatti, dopo la visita peritale del 16 novembre 2005, il dr. _____ è giunto alla conclusione che l'interessato fosse affetto da una reazione mista ansioso-depressiva (ICD10-F43.22), prolungata, nell'ambito di una sindrome da disadattamento, a causa delle quali è da considerare inabile al lavoro al 50% in qualsiasi attività (doc. 25-5). Il perito ha in quell'occasione spiegato che l'assicurato, nel 2003 e prima dell'infarto miocardico, ha iniziato a presentare le prime manifestazioni d'ansia completate da sintomi depressivi, aggiungendo che al momento dell'esame peritale i sintomi ansiosi erano prevalenti su quelli depressivi. Il perito ha anche avuto modo di evidenziare che la comparsa della psicopatologia è stata favorita dalla struttura psicologica dell'interessato e da fattori di rischio ad effetto psicotraumatizzante vissuti prima del 2003, come l'età avanzata della figura paterna alla sua nascita, il fallimento del suo matrimonio, il trauma subito alla mano sinistra con la formazione di un aneurisma che ha dovuto essere asportato chirurgicamente (doc. 25-5). In seguito, visti i numerosi certificati medici del dr. _____, attestanti un peggioramento dello stato di salute psichico dell'assicurato, giustificante una completa inabilità lavorativa (doc. 38, doc. 43, doc. 47) e considerato che, alla richiesta di ulteriori chiarimenti da parte dell'UAI, lo specialista curante, con scritto del 3 agosto 2006, ha ancora una volta ribadito che a partire dall'inizio del 2006 egli ha potuto constatare un peggioramento delle condizioni di ansia e di umore depresso dell'assicurato, con la comparsa di sintomi biologici quali un'anedonia, un'astenia e un'abulia importanti, che, a suo avviso, vista l'evoluzione delle patologie, rendono difficile l'esistenza di una capacità lavorativa residua esigibile (doc. 52-2), l'UAI ha affidato al dr. _____ l'incarico di esperire una seconda valutazione peritale, che ha avuto luogo in data 13 ottobre 2006. Anche in questa occasione il dr. _____, come emerge dal rapporto peritale del 16 ottobre 2006, dopo accurata valutazione dell'assicurato, ha confermato le sue precedenti diagnosi di reazione mista ansioso-depressiva (ICD10-F43.22), prolungata, nell'ambito di una sindrome da disadattamento, che a suo avviso determinano un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività (doc. 54-4, sottolineatura della redattrice). Il perito, nelle sue constatazioni obiettive, ha sottolineato come la valutazione quantitativa del discorso non rivela patologie degne di nota e che la valutazione qualitativa mette in luce la presenza di idee di insufficienza, di incapacità e disistima di sé, non di entità grave e quelle a contenuto fobico concernenti la sua condizione cardiologica. Il dr. _____ ha quindi concluso che, in base alle notizie, alle osservazioni e alle constatazioni obiettive raccolte durante la visita ambulatoriale dell'interessato, egli ha potuto riscontrare una situazione invariata rispetto alla sua precedente valutazione peritale del 17 novembre 2005, indicando espressamente che, citiamo: “ il periziando presenta tuttora una psicopatologia a fenomenologia ansiosa e depressiva sostanzialmente, per quanto concerne l'entità dei suoi disturbi, invariata paragonata con quella da me obiettivata e riportata nella mia perizia del 17 novembre 2005 ” (doc. 54-4, sottolineatura della redattrice). Le conclusioni del dr. _____, precise e ben motivate, che confermano l'esigibilità lavorativa del 50% dell'assicurato in attività adeguate ai suoi limiti funzionali, possono essere fatte proprie dal TCA. L'assicurato ha contestato queste conclusioni, producendo il certificato medico del 26 febbraio 2007 del dr. _____, che, come in precedenza, ha attestato ancora una volta un peggioramento delle condizioni psichiche dell'assicurato, oltre alla presenza di problematiche cardiologiche e di disturbi alla mano, che a suo avviso non sono state indagate dall'amministrazione e che avrebbero dovuto essere oggetto di valutazione peritale “neutrale” (doc. C). Quanto alla patologia psichiatrica, il dr. _____ ha ribadito che l'interessato presenta una grave reazione depressiva con connotati ansiosi estremamente

invalidanti, legati ad una patologia cardiaca esordita nel 2003. A mente dello specialista curante, l'assicurato presenta uno stato d'ansia grave quasi costante, per la quale deve assumere una importante terapia psicofarmacologica, che lo rende totalmente inabile al lavoro, dato che "è esperienza comune nell'ambito psichiatrico che i disturbi depressivi e particolarmente quelli ansiosi determinano incapacità lavorative gravi e invalidanti per questi pazienti che ne sono colpiti" (doc. C). Al riguardo, il dr. _____, nelle sue annotazioni del 20 marzo 2007, ha rilevato che il nuovo certificato del dr. _____, datato 26 febbraio 2007, conferma ancora una volta il parere, più volte espresso dal curante, concernente la presenza di una depressione medio-grave con sintomi biologici, valutazione che tuttavia non ha trovato, ripetutamente, conferma in ambito peritale (doc. IV/bis). Queste osservazioni del medico SMR possono essere fatte proprie da parte di questo Tribunale, ritenuto in particolare che lo stato di salute dell'assicurato, da un punto di vista psichico, è stato oggetto di ben due valutazioni peritali specialistiche. D'altra parte il TCA constata che nel caso di specie la problematica psichiatrica è stata considerata di gravità tale da influire sulla capacità lavorativa (cfr. doc. 54) ed ha portato il perito a ritenere l'assicurato inabile al lavoro al 50% in qualsiasi attività. Su questo tema cfr. la sentenza del Tribunale federale 9 C 394/2007 del 28 agosto 2007. Inoltre, nel suo certificato medico del 26 febbraio 2007, il dr. _____ ha ribadito la presenza di una patologia a livello cardiaco, che avrebbe dovuto, secondo il suo parere, essere oggetto di un accertamento neutrale, dato che "la situazione cardiaca nell'esperienza clinica comune, al di là dei fattori biologici, è sicuramente influenzata da fattori stressogeni" e che "nella migliore delle ipotesi comunque l'organo bersaglio risulta non più integro come prima della manifestazione clinica" (doc. IV/bis). Questa critica del dr. _____ non può essere condivisa dal TCA, per le seguenti ragioni. Innanzitutto, occorre rilevare che la censura relativa alla mancata disamina della componente cardiologica era già stata sollevata dal dr. _____ in un suo precedente scritto del 27 aprile 2006 (doc. 43-1), motivo per il quale l'UAI ha richiesto al Prof. _____ (che, a seguito di un infarto del miocardio, aveva eseguito un'angioplastica e la posa di stent sulla coronaria destra nel novembre 2003), di redigere un rapporto medico. Nel suo rapporto dell'8 giugno 2006 il Prof. _____ - dopo aver rilevato che, in occasione della visita del 3 marzo 2004, aveva ritenuto che l'assicurato potesse riprendere, a distanza di un paio di mesi, la sua attività di musicista al 100%, dato che stava bene, non riferiva disturbi anginosi e dalla cicloergometria con sforzo non emergevano disturbi anginosi, né segni coronarici - ha evidenziato che dalla visita di controllo eseguita presso il _____ in data 25 aprile 2006 per oppressione epigastrica, è risultato un ecocardiogramma normale e una cicloergometria elettricamente e clinicamente negative, aggiungendo di non essere a conoscenza dell'insorgere, in seguito, di altri problemi (doc. 48-2, sottolineatura della redattrice). Nel rapporto del 25 aprile 2006 del _____ il dr. _____, medico assistente e la dr.ssa _____, responsabile _____, infatti, hanno concluso che il dolore atipico risentito dall'assicurato non è attribuibile ad un'ischemia acuta, ritenuto che il decorso enzimatico ed elettrico è normale e la cicloergometria e l'ecocardiografia sono nella norma (doc. 39-6, sottolineatura della redattrice). Inoltre, occorre rilevare che nel suo scritto del 3 agosto 2006 lo stesso dr. _____ ha indicato che i "continui adattamenti del trattamento psico-farmacologico hanno determinato una lieve efficacia nel senso che forse siamo riusciti all'ultimo controllo del 31 luglio 2006 ad attenuare i sintomi ansiosi più penosi per il paziente, anche perché riconfermato e tranquillizzato sulla situazione cardiaca che sembrerebbe al momento non preoccupante" (doc. 52-1, sottolineatura della redattrice). Come rilevato dalla dr.ssa

_____ nel suo scritto del 21 luglio 2006 indirizzato al dr. _____, conformemente alla conferma ricevuta da parte del Prof. _____ della stazionarietà della situazione cardiologica (visto che le sensazioni di oppressione epigastrica riferite dall'assicurato non hanno trovato una evidente causa cardiaca), occorre ritenere che la situazione, sotto il profilo somatico, è da considerare più che soddisfacente (doc. 51). Al riguardo, poi, il dr. _____, nelle sue annotazioni del 20 marzo 2007, ha indicato di non riuscire a capire il nesso logico della richiesta del dr. _____ di sottoporre l'assicurato ad una valutazione cardiologica neutra, giustificata dall'influsso di fattori stressogeni sul cuore: egli ha infatti osservato che, al massimo, si può ipotizzare che uno stress negativo abbia un influsso prognostico negativo in patologie cardiovascolari, ossia rappresenti un fattore di rischio per manifestazioni che possono presentarsi in futuro, ma che sicuramente non influenzano al momento attuale la funzionalità cardiaca dell'interessato (doc. IV/bis, sottolineatura della redattrice). Anche queste osservazioni del dr. _____ possono essere condivise dal TCA. Va inoltre rilevato che l'interessato non ha prodotto alcuna certificazione medica o comprovato alcun elemento oggettivo attestante l'esistenza di una patologia di natura cardiologica che possa in qualche modo mettere in dubbio le chiare conclusioni del Prof. _____. In proposito va ricordato all'assicurato 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). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Viste le conclusioni del Prof. _____, avallate dal dr. _____ e non contraddette da altri certificati medico-specialistici, non vi sono pertanto motivi per ritenere che l'addotto problema cardiologico influisca sulla capacità lavorativa dell'assicurato, in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali. Infine, quanto alla problematica alla mano sinistra - patologia che a mente del dr. _____ non sarebbe stata valutata dall'amministrazione (doc. C) – in corso di causa l'assicurato ha prodotto copia dell'esame di "duplex arterioso mano sinistra" del 6 giugno 2007, redatto dal dr. _____, nel quale lo specialista ha rilevato che, a suo avviso, l'assicurato non è in grado di esercitare la sua professione di musicista, se non per brevi periodi durante la giornata e che non può svolgere lavori che prevedano l'uso di oggetti vibranti o contundenti sulla mano sinistra (doc. VI/bis). A tal proposito, nelle sue annotazioni del 9 luglio 2007, il dr. _____ ha osservato che il certificato del dr. _____ attesta sì una maggiore incapacità lavorativa dell'assicurato nella sua professione di chitarrista, che raggiunge il 70%, aggiungendo tuttavia che in un'attività lavorativa adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali, l'interessato risulta ancora inabile al lavoro al 50%. Il dr. _____ ha pure sottolineato come le attività alternative adeguate, elencate dal consulente IP nel suo rapporto del 4 aprile 2006, sono già rispettose dei limiti funzionali indicati dal dr. _____ nel suo referto del 6 giugno 2007 (doc. VIII/bis). Anche queste osservazioni del dr. _____ possono essere fatte proprie

da parte di questo Tribunale, ritenuto che nel suo rapporto del 4 aprile 2006, la consulente IP ha ritenuto esigibili attività leggere, poco qualificate, in ambito amministrativo o nel campo della vendita (doc. 40-2). Tutto ben considerato, dunque, a mente del TCA non vi sono motivi per distanziarsi dalle conclusioni peritali del dr. _____ e dalle valutazioni del Prof. _____ e del dr. _____, di cui il medico SMR ha adeguatamente tenuto conto. Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). In esito alle considerazioni che precedono, il TCA deve concludere che - dal profilo medico - l'assicurato è abile al 30% nella sua professione di musicista, ma abile al 50% in altre attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali di natura sia psichiatrica, elencati dal dr. _____, che legati all'uso della mano sinistra, indicati dal dr. _____. Infatti, sul mercato generale del lavoro esistono delle attività, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che l'interessato, malgrado il danno alla salute, sarebbe in grado di esercitare al 50%. La consulente IP, al riguardo, nel suo rapporto del 4 aprile 2006, ha indicato quali attività esigibili, nel rispetto delle limitazioni mediche, attività leggere, poco qualificate, in ambito amministrativo (dove ha già lavorato in passato e dove potrebbe essere reinserito, seppur a tempo parziale e con salario ridotto, avendo le competenze e le capacità per farlo) o, sempre nel terziario, nel campo della vendita in un piccolo commercio al dettaglio, ad esempio di strumenti musicali oppure in un chiosco (doc. 40-2). Il patrocinatore, con il ricorso, ha criticato il rapporto della consulente, laddove ritiene che l'assicurato possa svolgere attività leggere poco qualificate, affermando che lo stesso, in possesso di un attestato di segretario comunale e di professione musicista, non può essere paragonato ad un lavoratore poco qualificato, a cui è data facoltà di trovare in qualsiasi momento una occupazione anche di poco conto (doc. I). Al riguardo, va rilevato che a causa delle patologie di cui è affetto, l'assicurato è stato giudicato, da un punto di vista medico, abile al 30% come musicista (cfr. doc. VIII/bis), ma abile al lavoro al 50% in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali e in particolare delle sue difficoltà psicologiche e delle difficoltà legate all'uso della mano sinistra (doc. 25-5, doc. 54-4 e doc. VIII/bis). Tenendo conto da una parte delle affezioni mediche dell'assicurato e, dall'altra, delle sue conoscenze e competenze derivate dal lungo periodo lavorativo svolto in ufficio, la consulente IP, nel suo rapporto del 4 aprile 2006, ha quindi ritenuto esigibili attività leggere, in ambito amministrativo (con rendimento e salario ridotto rispetto al passato), come ad esempio nella piccola contabilità, nell'informatica, nella gestione dell'economato, nell'archiviazione, oppure nel campo della vendita, come ad esempio in un negozio di strumenti musicali, dove potrebbe diversificare i propri compiti (vendita al banco, consiglio alla clientela, riempimento delle scanzie) (doc. 40-2). Tali attività sono senz'altro esigibili, in quanto rispettose dei limiti funzionali dell'interessato e compatibili con le sue patologie, ritenuto inoltre che all'assicurato incombe l'obbligo 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 riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungs-recht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). È peraltro 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. VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). 2.9. Si tratta ora di esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritendo, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la

precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003 nella causa W., inc. 32.2002.154, del 27 ottobre 2003 nella causa C., inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere 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") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame 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 di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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 che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.9.1. Nel caso in esame, per la determinazione dell'incapacità al guadagno l'amministrazione ha utilizzato il metodo ordinario mettendo quindi a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute quale musicista indipendente (reddito da valido) con quello risultante da un'attività leggera adeguata (reddito da invalido). L'Ufficio AI non ha quindi applicato il metodo straordinario (cfr. sopra consid. 2.3. e 2.9), essendo stato possibile accertare con cognizione di causa l'utile conseguito dall'assicurato negli ultimi anni prima dell'insorgenza del danno alla salute tramite i dati fiscali. Per quanto concerne il reddito da valido, questo Tribunale constata che dal 1995 al 2003 l'assicurato ha svolto l'attività di musicista in proprio. Dato che egli non teneva una contabilità, è sempre stato tassato d'ufficio per fr. 30'000 (cfr. annotazioni per l'incarto del 24 gennaio 2005, doc. 15-1 e atti fiscali del periodo citato, doc. 16/1-6). Contestando il progetto di decisione dell'UAI, l'assicurato ha rilevato che "i dati economici

cui ha fatto riferimento l'amministrazione si fondano su una "notifica di tassazione" fatta d'ufficio e su di un periodo lavorativo piuttosto scarso dell'assicurato, che era rimasto vittima d'infarto e che era stato operato alla mano sinistra, senza possibilità di suonare e dunque di guadagnare per diversi mesi" (doc. 61-3). Al riguardo, l'amministrazione, nella decisione impugnata, ha rilevato che "il reddito di fr. 30'000 indicato nel progetto di decisione non è frutto di una "notifica di tassazione fatta d'ufficio su di un periodo lavorativo piuttosto scarso dell'assicurato, che era stato vittima di infarto e che era stato operato alla mano sinistra, senza possibilità di suonare e dunque di guadagnare per diversi mesi" come asserito dall'assicurato, bensì si tratta del reddito che lo stesso ha conseguito durante tutti gli anni di attività lavorativa quale musicista (cfr. notifiche di tassazione 1997/1998, 1999/2000, 2001/2002 e 2003)" (doc. B). In sede ricorsuale l'assicurato nulla più ha eccepito riguardo al reddito da valido ritenuto dall'amministrazione (doc. I). Il TCA, ritenuto che l'assicurato è sempre stato tassato per un reddito da indipendente di fr. 30'000 fin dall'inizio della sua attività di musicista, nel 1995 (e quindi ben prima dell'insorgenza dell'infarto, nel 2003 e dell'operazione alla mano sinistra, sempre nel 2003) e fino al 2003, non ha motivo per distanziarsi da tale importo. In proposito va in particolare ricordato che il TFA ha già avuto modo di affermare l'ammissibilità di principio di un raffronto tra redditi da attività dipendente con redditi da attività indipendente (STFA del 27 agosto 2004 nella causa I., I 543/03 e riferimenti). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Come in quello presente, visto che i redditi di raffronto sono determinabili o perlomeno stimabili con una certa affidabilità. In proposito va altresì ricordato che, richiamato nuovamente il principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungs-recht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg), in tale prospettiva, ad un assicurato indipendente si può ragionevolmente richiedere di intraprendere un'attività dipendente nella misura in cui egli possa mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e che tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile (ZAK 1983 pag. 256; STFA inedita 7 giugno 2006 nella causa K., I 38/06, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza: in quella circostanza l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata. Vedi anche STFA inedita 14 giugno 2005 nella causa S., I 761/04, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili). Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e anche il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. In concreto, poiché non risultano dagli atti

circostanze - soggettive ed oggettive – che impongano di concludere in senso contrario, un cambiamento di professione può ritenersi esigibile. Ne discende che a ragione l'amministrazione ha ritenuto determinante ai fini della valutazione dell'invalidità il metodo ordinario del raffronto dei redditi prescindendo dall'applicazione di quello straordinario.

2.9.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg.. In questa sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, 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.

2.9.3. Partendo dalla constatazione che l'applicazione di dati salariali statistici validi per tutta la Svizzera - quali quelli utilizzati dal TFA si rivela essere discriminante per gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, ritenuto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale, in una sentenza del 4 settembre 2000 nella causa R., pubblicata in RDAT I-2001, p. 250ss. e in SVR 2001 IV n. 35 – in seguito costantemente confermata ed applicata in tutti i settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie) - sentito preliminarmente il parere dell'allora direttore dell'Ufficio federale di statistica, dottor _____, ha così precisato la propria giurisprudenza: " In data 26 luglio 2000 il Presidente del TCA ha inviato al dottor _____, direttore dell'Ufficio federale di statistica, uno scritto del seguente tenore: "(...) Il Tribunale federale delle assicurazioni in una recente, chiara giurisprudenza prescrive di fondarsi, in molti casi, sulle vostre inchieste allorché dobbiamo determinare il reddito da invalido ancora conseguibile da lavoratori non qualificati con problemi di salute, che sono abili al lavoro soltanto in attività leggere adeguate. Al riguardo vengono in particolare utilizzati i salari fissati nella tabella TA1 (ad esempio fr. 4294.-- nel 1996, cfr. "L'enquête suisse sur la structure des salaires 1996" pag. 17, e per la giurisprudenza, Pratique VSI 2000 pag. 85). Al fine di applicare la giurisprudenza federale, in modo corretto, nel Cantone Ticino (considerato che l'altro termine di paragone per fissare il grado di invalidità è sostanzialmente il salario conseguito nel nostro Cantone dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute), mi occorre sapere: - possiamo utilizzare il valore statistico medio (ad es. fr. 4294.-- nel 1996) così come è anche per il Cantone Ticino? Per quale motivo? - In caso di risposta negativa: Perché no? Quale coefficiente di riduzione occorre applicare, al salario citato, per adattarlo alla situazione del nostro Cantone? (...)." (cfr. doc. V bis) Il dottor _____ ha così risposto in data 14 agosto 2000: "(...) Benché il campione dell'indagine svizzera sulla struttura dei salari sia definito per poter disporre di

risultati rappresentativi a livello nazionale, è possibile ottenere anche una serie d'indicatori salariali per singole entità regionali, beninteso nel rispetto dei criteri di validità e di qualità statistiche ed evidentemente ad un livello di aggregazione superiore. I valori dell'indagine sulla struttura dei salari del 1996 che Lei cita nella sua lettera possono dunque essere utilizzati legittimamente, dal punto di vista statistico, per il Cantone Ticino. In allegato Le invio tre tabelle relative ai salari mediani per l'anno 1998 (ultimi risultati disponibili), ripartiti in base al sesso e al livello di qualificazione richiesto dal posto occupato. I valori specifici per il Cantone Ticino sono i seguenti: - Nel 1998 (settore pubblico e settore privato), il salario lordo mediano per un uomo esercitante attività semplici e ripetitive (livello 4) era di 3'813.-- franchi al mese (cfr. tabella TA13). - È ancora possibile precisare che il 50% dei lavoratori dipendenti di questa stessa categoria guadagnava fra 3060 e 4704 franchi. Considerando unicamente il settore privato, il salario mediano (sempre per la stessa categoria di lavoratore dipendente) era di 3'611 franchi (cfr. TA 14). A titolo di confronto Le invio anche la tabella TA1 relativa ai salari mediani della Svizzera (settore privato), ripartiti stavolta per settore economico (...)." (cfr. doc. V bis) Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale ha quindi deciso che nell'applicazione dei dati statistici occorre utilizzare la tabella che riflette i salari versati nella nostra regione, sulla base della seguente argomentazione: " Se si ignorasse questo aspetto, sostenendo per ipotesi che siccome la LAINF è una legge federale occorre riferirsi ad un unico dato salariale statistico valido per tutto il paese (ad esempio fr. 4628.-- nel 1998 per un uomo, cfr. TA1; DTF 124 V 323; Pratique VSI 2000 pag. 85), si finirebbe per utilizzare dati salariali irrealistici ed in definitiva giungere ad un risultato che non garantisce l'uguaglianza di trattamento (cfr. DTF 126 V 36; DTF 126 V 48; STFA del 22 maggio 2000 nella causa I. (I 312/99); DTF 126 I 76)." Su questi argomenti, cfr. D. Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT II-2003, p. 618-621 e in L'autonomia del disabile nel diritto svizzero, Ed. Istituto delle assicurazioni sociali e Helbing & Lichtenhahn, Bellinzona 2004, p. 124-128; D. Cattaneo, "La contribution du Tribunal des assurance du Canton du Tessin à la jurisprudence suisse en matière de sécurité sociale", in CGRSS n° 33-2004, p. 19 seg. (28-33); D. Cattaneo, "Sentenze recenti del Tribunale cantonale delle assicurazioni", in Temi scelti di diritto delle assicurazioni sociali, Ed. CFPG, Helbing & Lichtenhahn, Basilea-Ginevra-Monaco 2006, p. 135ss. (163-171). Nell'ambito di una procedura ricorsuale dinanzi al TFA, conclusasi con uno stralcio dai ruoli in seguito al ritiro del ricorso (cfr. STFA U 56/03 del 7 giugno 2006), la Presidente della Corte federale, giudice Leuzinger, il 28 aprile 2006 aveva informato le parti (e questo Tribunale) che, citiamo: " ... la Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito l'inapplicabilità dei valori regionali (Tabella TA13) di cui all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) – edita dall'Ufficio federale di statistica – per la determinazione del reddito ipotetico da invalido." In una sentenza U 75/03 del 12 ottobre 2006 (cfr. SVR 2007 UV N. 17 e SZS/RSAS 2007 pag. 64), il TFA ha, per la prima volta, esposto le motivazioni che hanno spinto la Corte plenaria, il 10 novembre 2005, a prendere la decisione appena citata: " (...) 8.2 In primo luogo si osserva che, per un'ovvia questione di parità di trattamento (art. 8 Cost.), un'applicazione della tabella TA13 al solo Cantone Ticino deve essere esclusa se non si vuole creare un'inammissibile *lex ticinensis*. Analoghe considerazioni di praticabilità, di parità di trattamento e di sicurezza giuridica si oppongono quindi a un'applicazione

alternativa delle tabelle nazionali (TA1) e di quelle regionali (TA13) come pure a un'applicazione delle prime ad alcune regioni e delle seconde alle rimanenti regioni. 8.3 Allo stesso modo, un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, al posto di quelle nazionali TA1, pur potendo, da un lato, in alcuni casi effettivamente creare le basi per una soluzione maggiormente vicina alla realtà economico-sociale concreta, dall'altro lato creerebbe, a ben vedere, anche nuovi problemi dovuti al fatto che all'interno delle medesime grandi regioni si registrano delle differenze, non sempre trascurabili. Ad esempio, nonostante le due regioni facciano parte della medesima grande regione "Mittelland", è notorio che i salari esistenti nel Canton Berna non sono gli stessi di quelli del Canton Giura. Allo stesso modo, per il Vallese occorrerebbe prendere in considerazione i salari relativi alla regione lemanica. Ora, nell'una e nell'altra ipotesi, l'applicazione dei valori regionali (TA13) al posto di quelli nazionali (TA1) si dimostrerebbe maggiormente sfavorevole per questi assicurati. Si pone quindi ugualmente la questione dell'assicurato che lavora(va) in un Cantone appartenente a un'altra grande regione, ad esempio del lavoratore giurassiano che lavora(va) nel Cantone di Basilea (città o campagna). Ora, se si intendesse determinare il reddito da invalido sulla base della tabella TA13, non si farebbe altro che spostare o restringere il cerchio geografico nel quale si iscrive ogni determinazione di un reddito ipotetico sulla base di valori statici. In questa maniera, però, si correrebbe pure il rischio di offuscare oltremodo l'obbligo o l'esigibilità per l'assicurato di ridurre il danno e di andare, se del caso e nei limiti ragionevoli, a cercare un'attività al di fuori della sua regione abituale. Si creerebbero nuove disparità nei confronti di assicurati che abitano a cavallo tra due o addirittura tre grandi regioni o di chi abita in una di queste regioni e lavora in un'altra.

8.4. A ciò si aggiunge che nella sentenza pubblicata in DTF 129 V 472, questa stessa Corte ha precisato che, laddove una tale operazione non fosse possibile sulla base di rilevamenti salariali DPL, il reddito da invalido va di principio definito sulla base dei dati statistici salariali ISS applicabili nell'insieme del settore privato (DTF 129 V 484). Ora, anche siffatta considerazione si opporrebbe a un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, concernenti il settore pubblico e privato.

8.5 Non può pertanto ammettersi una regionalizzazione nella determinazione dell'invalidità poiché una siffatta soluzione sarebbe incompatibile con il principio costituzionale di parità di trattamento come pure con il rango costituzionale delle assicurazioni invalidità e infortuni quali assicurazioni federali." In un'altra sentenza I 790/04 del 18 ottobre 2006, il TFA ha ancora rilevato: " Quanto alla questione della tabella applicabile tra le varie riportate dall'ISS, il Tribunale federale delle assicurazioni ha recentemente stabilito, con decisione della Corte plenaria del 10 novembre 2005, non potersi (più) fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13, riferentesi ai salari in relazione alle grandi regioni (cfr. pure la sentenza del 22 agosto 2006 in re K., I 424/05, consid. 3.2.3; v. inoltre la sentenza 12 ottobre 2006 in re S., U 75/03). Il reddito ipotetico da invalido deve di conseguenza essere valutato sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato. Alla luce di quanto precede non vi è (più) spazio alcuno per ammettere una riduzione dei salari statistici, quale quella operata dai primi giudici, che tenga conto, ispirandosi ai salari corrisposti in un vicino cantone, che l'assicurato vive in una regione economicamente meno forte. Anche sotto questo aspetto non può pertanto trovare conferma la valutazione del tasso d'invalidità compiuta dalla Corte di prime cure." Alla luce di questa chiara giurisprudenza federale (cfr. sul tema: L. Grisanti "Nuove regole per la valutazione dell'invalidità " in RTiD II-2006 pag. 311 segg.), il reddito da invalido per i nuovi casi, dovrà essere d'ora in poi determinato dal TCA in applicazione dei valori nazionali (Tabella TA1). Spetta semmai

al Parlamento o al Consiglio federale intervenire su questo tema, se lo riterranno opportuno. Il 22 giugno 2007 il Consiglio nazionale ha adottato una mozione del 2 ottobre 2006 no. 06.3466 del Consigliere nazionale Meinrado Robbiani il quale chiede che il "Consiglio federale proceda con sollecitudine ad ovviare a questa distorsione, adeguando le disposizioni di applicazione della legge sull'assicurazione invalidità". Il nuovo art. 28a cpv. 1 LAI introdotto nell'ambito della 5a revisione della LAI, approvata dal popolo il 17 giugno 2007 dispone che sarà il Consiglio federale a definire il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Questo Tribunale si limita a ricordare che, secondo la giurisprudenza, il principio dell'uguaglianza di trattamento proibisce, citiamo: "de faire, entre divers cas, des distinctions qu'aucun fait important ne justifie", ma anche "de soumettre à un régime identique des situations de fait qui présentent entre elles des différences importantes et de nature à rendre nécessaire un traitement différent (cfr. DTF 129 I 3; DTF 127 V 454; Zbl 2005 p. 87ss. (89-90); A. Auer-G. Malinverni-M. Hottelier, "Droit constitutionnel suisse", Vol. II, Stämpfli Editions SA, Berna 2006, p. 484 n. 1030 e 499 n. 1061).

2.9.4. Per determinare il reddito ancora esigibile dall'assicurato nonostante il danno alla salute, occorre quindi applicare i dati statistici nazionali della Tabella TA1. Orbene - utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica e contenuta nell'Inchiesta Svizzera sulla struttura dei salari 2004 - il ricorrente, svolgendo nel 2004 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. 4'588. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 1/2-2007, p. 94), esso ammonta a fr. 4'771.52 mensili oppure a fr. 57'258.24 per l'intero anno (fr. 4'771.52 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). Al considerando 2.6., questa Corte ha dichiarato l'interessato in grado di esercitare delle attività leggere adeguate alle sue condizioni di salute in misura del 50%. Pertanto, anche il reddito ipotetico così determinato deve ancora essere ridotto del 50%, per un importo di fr. 28'629.

2.9.5. 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%): "