

TI_GERICHTE 32.2003.69 vom 26. Juni 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-06-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.69

FR: TI_GERICHTE 32.2003.69 du 26 juin 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2003.69 del 26 giugno 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e poiché il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b), nel presente caso sono applicabili le disposizioni in vigore a partire dal 1° gennaio 2003. Non applicabili sono per contro le norme di legge introdotte, al 1° gennaio 2004, dalla 4a revisione dell'AI. Per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2003, dispone che le disposizioni della LPGA (art. 1a -70) sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se _____ ha diritto ad una rendita d'invalidità. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra, pag. 216ss). Va precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. Va altresì rilevato che, ai sensi dell'art. 16 LPGA l'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in

condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi: DTF 128 V 30 consid.1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; Scartazzini, op. cit, pag. 232; Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.5. Nella fattispecie in esame, l'UAI ha incaricato il proprio servizio medico (SMR) di accertare le condizioni di salute di _____ o e di determinare l'eventuale incapacità lavorativa (doc. _). Nel dettagliato e completo referto 11 ottobre 2002 il dr. _____, a seguito dell'esame della documentazione medica contenuta agli atti e di una visita ambulatoriale, ha posto la seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: sindrome algica dorso-lombare con irradiazione parestetica agli arti inferiori e alterazioni statiche lombari con discopatia. Egli ha anche elencato le singole diagnosi non invalidanti. Dopo aver proceduto alla discussione dei dati medici e dei risultati della consultazione ambulatoriale, in merito alle eventuali conseguenze sulla capacità lavorativa il dr. _____ ha rimarcato quanto segue (sottolineatura del redattore): " (...) Il signor _____ presenta un'anamnesi di dolori con sensazione di parestesie agli arti inferiori accompagnati da dolori dorso-lombari diffusi. L'assicurato dichiara di non poter svolgere attività con minimi pesi. La deambulazione è limitata. I dolori sono dichiarati continui, non sembrano alleviati con il riposo. La sintomatologia algica è anche dichiarata a livello scapolo-dorsale e cervicale. Dichiara di non poter alzare alcun peso. Obiettivamente l'assicurato presenta una lieve sindrome algica dorso-lombare su alterazioni statiche e discali al livello lombare. Non sono presenti segni clinici e anamnestici per un'irritazione radicolare. La mobilità vertebrale è prevalentemente ridotta in anteflessione. I disturbi di sensibilità non presentano le caratteristiche di un'eventuale neuropatia diabetica. I disturbi circolatori non sono presenti. La sindrome algica non è accompagnata da una contrattura muscolare. È presente un certo grado di decondizionamento muscolare diffuso. La documentazione radiologica mostra modiche alterazioni ossee degenerative e delle discopatie. Le alterazioni radiologiche presenti non permettono di motivare gli impedimenti dichiarati dall'assicurato. Pur ammettendo la correttezza delle sue dichiarazioni, si può concludere che l'assicurato presenta solo un lieve impedimento fisico. Dalla visita odierna possiamo dedurre che l'assicurato presenta una limitazione completa in un'attività pesante. In un'attività medio-leggera che non necessiti di trasportare/sollevarsi pesi superiori ai 15 kg, che permetta l'alternanza della posizione statica ogni ora, che non imponga lunghi spostamenti, che non obblighi la flessione anteriore prolungata o ripetuta del tronco, l'assicurato risulta abile al 100%. L'uso delle braccia non è limitato. Nell'attività di tassista, di autista per consegne leggere, o venditore di mobili l'assicurato risulta abile totalmente nel rispetto dei limiti sopra elencati." (Doc. _) Il dr. _____ ha poi concluso che " la somma delle alterazioni strutturali e funzionali del rachide e le diverse patologie, non determinano un impedimento fisico tale da non

permettere al signor _____ di svolgere un'attività medio-leggera con le limitazioni sopra elencate. Provvedimenti professionali non sembrano indicati “ (doc. _). 2.6. Va qui ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Tale principio è stato del resto ribadito dal TFA proprio in occasione di una valutazione del SMR [“ Un tel rapport, qui émane d'un service medical régional au sens de l'art. 69 al 4 RAI, a en effet une valeur probante s'il remplit les exigences requis par la jurisprudence, ce qui n'est guère contestable en l'espèce (ATF 125 V 352 consid. 3a)” cfr. STFA non pubblicata del 28 ottobre 2002 in re P (I 523/02), consid. 3]. Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b/cc, cfr. m pag. 111). 2.7. Con il presente gravame l'assicurato contesta la valutazione del SMR, facendo presente come l'amministrazione non si sia confrontata con la chiara valutazione fornita dal medico specialista curante. Dagli atti risulta che, con rapporto 7 novembre 2001, il dr. _____, specialista in chirurgia, seppur partendo sostanzialmente dalla medesima diagnosi posta dal SMR, ha ritenuto il ricorrente abile al 50% in attività medio leggere senza sollevamento di pesi superiori ai 10 kg, rilevando inoltre come malgrado le cure, l'interessato lamenti sempre i medesimi dolori alla colonna vertebrale con difficoltà alla deambulazione, motivo per cui “verrà chiesto un consulto reumatologico” (doc. _). Nel successivo rapporto 9 luglio 2002 il medico curante ha confermato i succitati disturbi (doc. _). Ora, ai fini della presente vertenza, va fatto presente come la valutazione fornita dal dr. _____ sia dettagliata, approfondita e rispecchi i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.7). Il medico del SMR ha fra l'altro evidenziato che i reperti oggettivi relativizzano la sintomatologia accusata

dall'assicurato ("La documentazione radiologica mostra modiche alterazioni ossee degenerative e delle discopatie. Le alterazioni radiologiche presenti non permettono di motivare gli impedimenti dichiarati dall'assicurato. Pur ammettendo la correttezza delle sue dichiarazioni, si può concludere che l'assicurato presenta un lieve impedimento fisico" . Doc. _ pag. 3 in fondo, la sottolineatura è del redattore), motivo per cui egli ha ritenuto l'interessato pienamente abile in attività medie leggere con le limitazioni indicate dettagliatamente nella valutazione 11 ottobre 2002. Determinante è tuttavia che, secondo il dr. _____, l'assicurato può svolgere le attività di tassista, di autista per consegne leggere e di venditore di mobili, professioni che non richiedono il sollevamento o il trasporto di pesi oltre i 10 chili, che permettono di alternare la postura del rachide e che non impongono lunghi spostamenti con ripetute e prolungate flessioni anteriori del tronco. Tale valutazione rispecchia del resto il senso degli attestati del medico curante, il quale ha sostenuto una parziale abilità (50%) in professioni medie-leggere, che, a rigor di logica, dovrebbe essere totale nella misura in cui le attività ancora esigibili sono da classificare leggere, come lo sono quelle ritenute dal SMR. Non decisivo ai fini della causa è il rapporto d'uscita 22 ottobre 2003 dell'Ospedale di _____ (XV/B). Infatti, per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102), in casu il 26 giugno 2003. Ciò non impedirà tuttavia all'assicurato di inoltrare una nuova domanda di prestazioni sulla base di documentazione attestante un rilevante peggioramento delle condizioni di salute. 2.8. Come è già stato rilevato in numerose sentenze, la valutazione dell'invalidità non va stabilita unicamente in base a fattori medico-teorici (RAMI 1996 pag. 34, pag. 36 consid. 3b; STFA inedita del 23 marzo 92 nella causa F.A., consid. 4; DTF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 seg.), bensì rilevanti sono gli effetti del danno alla salute sulla capacità di guadagno (RAMI 1996 pag. 34, pag. 36 consid. 3b). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 261 consid. 4, 114 V 314 consid. 3a, 105 V 158 consid. 1; SVR 1996 IV Nr. 74 pag. 214 consid. 2d; RCC 1982 pag. 35 consid. 1). Non spetta invece al medico graduare l'invalidità dell'assicurato. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute e nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro (RCC 1991, pag. 331 consid. 1c). Il medico non possiede invece né la preparazione né gli strumenti per pronunciarsi sulla capacità di guadagno. Questo giudizio spetta all'amministrazione, rispettivamente al giudice, e dev'essere formulato sulla base del raffronto dei redditi (RCC 1986, pag. 432). I documenti medici sono comunque sempre di rilievo quando permettono di dedurre le conseguenze economiche delle affezioni accertate (DTF 114 V 314 consid. 3c; STFA inedita del 2 luglio 1996 nella causa M. N. consid. 2). Di conseguenza, il fatto che un assicurato sia, da un profilo medico, incapace al lavoro ad un determinato grado, non significa ancora ch'egli debba necessariamente beneficiare del riconoscimento dello stesso grado d'invalidità da parte dell'Ufficio AI. L'incapacità di guadagno (sulla quale si fonda il concetto d'invalidità ai sensi dell'art. 8 LPGA) si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (Scartazzini, op. cit., pag. 228). La LAI

tutela dunque non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa, ma l'incapacità al guadagno. In tale contesto va detto che 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, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 228, Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, pag. 201). A i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve quindi 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. pag. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrecht*, 2a edizione, Berna 1997, pag. 80).

2.9. Ritornando al caso in esame, con rapporto 1 aprile 2003 la consulente in integrazione professionale, basandosi sulle conclusioni mediche del SMR, ha proceduto alla valutazione economica, osservando fra l'altro quanto segue: "(...) Dati socio professionali Entrato in Svizzera nel 1964, ha svolto il servizio militare per 4 anni; in seguito ha lavorato come muratore presso la ditta _____; come camionista per trasporti nazionali e internazionali; come venditore indipendente (montaggio e smontaggio mobili), attività professionale che però non è riuscito a mantenere (per contingenze di mercato e economiche). Ha poi iniziato a lavorare come tassista; afferma però che il suo stato di salute non gli ha permesso di continuare a svolgere tale attività. Nell'ambito di un programma di inserimento professionale, ha lavorato all'Ospedale _____, dove svolgeva attività di manutenzione; anche in questo caso, l'A. mi racconta di non essere riuscito a tenere fisicamente. Dati economici Viste le difficoltà a stabilire il salario da valido, considerato in maniera teorica che l'A. potrebbe essere inserito nella categoria 4.2. (mediana delle attività generiche, semplici e ripetitive per uomini). Nel 2002, il reddito ipotetico senza danno alla salute è di fr. 52'556.-- annui. Calcolo della Capacità di Guadagno Residua Considerando un reddito ipotetico di fr. 52'556.--, una capacità di lavoro residua del 100% e applicando una riduzione del 20% (per attività leggere, ergonomia e prima impiego), secondo le statistiche RRS teoriche, risulta un reddito da invalido di fr. 35'735.-- e una capacità di guadagno residua del 67.98%." (Doc. _)

L'assicurato ha contestato il calcolo del salario da valido, sostenendo che, senza il danno alla salute, avrebbe percepito più di fr. 52'556. Nelle osservazioni 16 ottobre 2003, preso atto dell'estratto dei conti individuali richiesti dal TCA, egli ha inoltre fatto presente quanto segue: "(...) Il ricorrente ha preso atto, dai documenti prodotti dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità, dei dati inerenti il proprio conto individuale AVS. Dallo stesso risulta che, negli anni 1992 e 1993 vi sono stati redditi per rispettivamente fr. 52'000.-- e fr. 54'392.--. I redditi conseguiti successivamente non fanno testo, essendo dovuti da un lato alle vicissitudini finanziarie del ricorrente e dall'altro danno alla salute. Ad ogni modo l'Ufficio AI avrebbe dovuto prendere in considerazione tali dati, aggiornandoli al 2002. Ne sarebbe senz'altro risultato un reddito da valido superiore a quello considerato nella decisione impugnata." (Doc. _)

2.10. Al fine di determinare il grado d'invalidità secondo il metodo ordinario (cfr. consid. 2.4), occorre innanzitutto rilevare che, secondo la recente

giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita; i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222 ; SVR 2003 IV Nr. 24; STFA inedite del 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; vedi anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). In casu, nel certificato 7 novembre 2001 del medico curante è stato indicata un'incapacità al lavoro del 100% dal 16 ottobre 2000, motivo per cui l'anno di carenza ex art. 29 cpv. 1 lett. b LAI viene a scadenza nell'ottobre 2001. Quale momento del raffronto dei redditi fa quindi stato il 2001. 2.10.1. Per accertare il reddito senza l'invalidità 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). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b , ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche STFA inedita del 30 dicembre 2002 nella causa B., I 56/02). Nell'evenienza concreta, la consulente in integrazione professionale ha utilizzato alle tabelle statistiche salariali, segnatamente i dati riferiti ad attività generiche, semplici e ripetitive per uomini, non potendo determinare con sufficiente precisione il reddito da valido, avendo il ricorrente esercitato diverse professioni generiche con salari molto differenziati, intercalati da periodi di disoccupazione. L'importo determinato è di fr. 52'556.--. Il ricorrente parte invece da un salario di fr. 52'000 e di fr. 54'392 conseguiti rispettivamente nel 1992 e 1993. Ora, a prescindere dal fatto che la media salariale sostenuta dall'assicurato (fr. 53'196) corrisponde grossomodo all'importo preso in considerazione dall'amministrazione (fr. 52'556), anche volendo tener conto - per ipotesi di lavoro - di un salario da valido di fr. 60'000 (di ca. ottomila franchi superiore a quanto sostenuto), come verrà esposto in seguito, _____ non ha diritto ad una rendita.

2.10.2 Riguardo al salario da invalido, va precisato che, secondo la giurisprudenza, il reddito da invalido va 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 una paga sociale ("Soziallohn"; DTF

126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). 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, confermato in VSI 2002 pag. 64). In applicazione dei succitati criteri, secondo costante giurisprudenza di questo Tribunale, conformemente ai dati statistici salariali (valore mediano) pubblicati dall'Ufficio federale di statistica ("L'enquête suisse sur la structure des salaires 2000"), il salario ipotetico nel 2000 conseguibile in attività leggera e ripetitiva adeguata esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, che possono arrivare al massimo al 25% (DTF 124 V 323; VSI 2000 pag. 85 e, soprattutto, STFA inedita del 9 maggio 2000 nella causa A, I 482/99), riportato su 41,8 ore (cfr. "La vie économique" 2/2002", Tabella B9.2, pag. 88), nel settore privato corrisponde a fr. 50'498.-- (fr. 4027 : 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e fr. 36'328.-- (fr. 2'897: 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato), mentre che nel settore privato e pubblico l'ammontare è di fr. 51'702.-- (fr. 4123: 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e fr. 36'679.-- (fr. 2925: 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato e pubblico). Nella fattispecie in esame, per calcolare il reddito da invalido, sulla base dei dati statistici, si deve partire da un salario di fr. 50'498.-- riferito al settore privato (cfr.".... in primo luogo sono applicabili i rilevamenti salariali applicabili nel settore privato"; RAMI 2001 pag. 348). Conformemente alla giurisprudenza federale (cfr. 126 V 81 consid. 7a) questo importo, adeguato al 2001 in base all'indice dei salari nominali (cfr. "La vie économique 12/2003, Tabella B10.3, p. 95), ammonta a fr. 51'750 (50498 x 1902 : 1856). Tenuto conto di un'esigibilità del 100% e pur ammettendo una riduzione di rendimento massima del 25%, si giunge ad un reddito di fr. 38'812.-- Dal raffronto di tale reddito con quello ipotetico da valido di fr. 60'000 r risulta un'incapacità al guadagno del 35% (60'000 – 38'812 x 100 : 60000), non giustificante l'erogazione di una rendita. Visto il risultato al quale si è appena giunti, è da ritenere, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che (per lo meno) sino all'emanazione del querelato provvedimento (cfr. consid. 2.4 in fine), l'assicurato non presenta un'incapacità al guadagno di grado pensionabile, ritenuto per il resto che il consulente (cfr. rapporto 1° aprile 2003, doc. _) ha escluso ulteriori provvedimenti integrativi di natura professionale. Sulla scorta di quanto precede, la decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. 2.11.

_____ ha chiesto l'assunzione dei seguenti mezzi di prova: " (...) - si dovrebbe chiedere un rapporto al dr.med. _____ di _____, che ha attualmente in cura il ricorrente; - si chiede l'audizione del medico curante dr.med. _____; - si chiede l'allestimento di una perizia medica; - si chiede il richiamo dalla Cassa cantonale AVS dei dati sui salari notificati dal ricorrente prima dell'insorgere del danno alla salute." (Doc. _) A

tal proposito va rilevato 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, la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza. Né vi sono validi motivi per ritenere inaffidabile la valutazione del SMR, motivo per cui l'audizione del medico curante e l'espletamento di una perizia giudiziaria non sono da ritenere necessari. Riguardo al richiamo dei dati salariali notificati dai datori di lavori del ricorrente, come indicato al consid. 1.7, gli stessi sono stati richiamati d'ufficio. Il ricorrente ha chiesto che venga assunto un rapporto del dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, verosimilmente per documentare una patologia extra-somatica. In effetti durante la visita al SMR è risultata una sindrome ansioso-depressiva lieve, ritenuta dal dr. _____ senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Orbene, 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 (cfr. STFA del 18 settembre 2001 nella causa C.R.W., 264/99; STFA del 5 settembre 2001 nella causa F.C., U 94/01; STFA del 9 maggio 2001 nella causa W.Z., P 36/00; STFA del 9 maggio 2001 nella causa G.L.; DTF 125 V 195 consid. 2; SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pag. 158■159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113). 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 125 V 195 consid. 2; SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pag. 158■159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). L'assicurato non ha tuttavia prodotto alcun atto medico al fine di rendere perlomeno verosimile il carattere invalidante dell'affezione psichica, mai precedentemente sollevata, motivo per cui non spetta allo scrivente Tribunale richiedere al dr. _____ un certificato medico, ovviando in tal modo ad un'omissione del ricorrente.