

## **TI\_GERICHTE 32.2004.77 vom 10. Juni 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-06-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2004.77](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2004.77)

FR: TI\_GERICHTE 32.2004.77 du 10 juin 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2004.77 del 10 giugno 2005

### **Regeste**

incapacità lavorativa per motivi fisici. Calcolo economico dell'invalidità. Contestazione del reddito da valido. Riqualifica professionale. Esame delle tipologie di attività ancora esigibili

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

DIAGNOSI - sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a sin. più che a dx. su spondilolistesi L5-S1, su spondilolisi bilaterale nonché protrusione paramediana a sin. del disco L5-S1

#### **E. 4.7**

La tesi can tonale, in quanto conforme alla giurisprudenza federale, va senz'altro confermata. In effetti, contrariamente a quanto ritiene l'assicurata, questa Corte ha già ripetutamente statuito in casi con limitazioni funzionali analoghe che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda anche sentenza del 4 aprile 2002 in re W., I 401/01, consid. 4c.). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale femminile non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare appunto nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e con possibilità di cambiare frequentemente posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). In tale ambito bisogna pure considerare la ancor giovane età dell'interessata con conseguente presumibile buon potenziale di adattamento ad una nuova professione (cfr. SVR 1995 UV no. 35 pag. 106 consid. 5b; e contrario sentenza già citata del 4 aprile 2002 in re W. consid. 4a-d). Inoltre 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 questa Corte 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 (VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda nuovamente sentenza del 4 aprile 2002 in re W. consid. 4c). Certo, non si misconoscono gli sforzi e gli inconvenienti che la messa a profitto della residua capacità lavorativa dell'interessata comporterà. Tuttavia, essi non appaiono sproporzionati né inesigibili, ricordato altresì che per un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali l'assicurato ha l'obbligo di intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 127 V 297 consid. 4b/cc; DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3). In quanto infondato su questo punto il ricorso di P. \_\_\_\_\_ va quindi respinto (...)" In concreto, la consulente, sulla

base delle risultanze mediche specialistiche, ha precisato che “tenendo conto delle limitazioni funzionali (oggettivamente poco invalidanti) definite in sede medica, l'A. potrebbe ancora svolgere una vasta gamma di attività medio-leggere non qualificate, direttamente accessibili sul mercato del lavoro (penso per esempio a custode, portinaio, aiuto venditore, aiuto magazziniere, fattorino, operaio di fabbrica,...)” (doc. AI 128), per cui la censura dell'assicurato non può essere tutelata. 2.13. Per quanto attiene alle misure di riqualifica professionale, va precisato che la consulente non ha ritenuto necessario, a ragione, il finanziamento di una riqualifica come assistente di cura (cfr. richiesta 17 settembre avv. RA 1, doc. AI 127), in quanto ritenuta dalla stessa come professione “non adatta alla problematica alla schiena di cui soffre l'A. Tenendo conto delle limitazioni funzionali (oggettivamente poco invalidanti) definite in sede medica, l'A. potrebbe ancora svolgere una vasta gamma di attività medio-leggere non qualificate, direttamente accessibili sul mercato del lavoro (penso per esempio a custode, portinaio, aiuto venditore, aiuto magazziniere, fattorino, operaio di fabbrica,...)” (doc. AI 128 pag. 3). Del resto, anche il dr. \_\_\_\_\_ ha espresso la stessa opinione precisando che “per quanto riguarda la problematica di una riqualifica professionale, in un indirizzo piuttosto informatico, potrebbero anche qui insorgere dei problemi, visto e considerato che egli riesce a rimanere seduto al massimo un'ora” (doc. AI 42 pag. 5), mentre il dr. \_\_\_\_\_ ha posto l'accento soprattutto sul fatto che l'assicurato in attività leggere adeguate sarebbe abile in misura normale, senza quindi accennare ad eventuali misure di riforma personale (doc. AI 110). In conclusione, sulla scorta di quanto precede, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso deve essere respinto.

## **E. 5**

**GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITA' ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE** Il paziente presenta dei disturbi di carattere lombovertebrale con componente spondilogeno a sin., senza che vi siano clinicamente segni per un'instabilità lombosacrale (nessun dolore all'iperestensione della colonna lombare) o segni per una compressione di tipo radicolare. Gli esami radiologici hanno mostrato la presenza comunque di una spondilolistesi di L5 su S1, su una spondilolisi bilaterale ed una discopatia a livello del segmento L5-S1, con una protrusione discale paramediana a sin. Le radiografie eseguite nel 1997 presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_ non mostrano alterazioni progredienti rispetto a quelle del 1994. Il reperto radiologico è quindi stazionario. Anche dal punto di vista clinico ed anamnestico non risultano peggioramenti importanti in questi anni. Tenendo comunque presente la presenza di queste alterazioni radiologiche, ritengo che un'attività lavorativa così detta pesante non sia più esigibile dal paziente. Per quanto riguarda invece un'attività nella quale il paziente non debba alzare di pesi ripetutamente più di 20 kg, che possa svolgere un lavoro in un ambiente ergonomicamente adatto, possa evitare di piegarsi in avanti ripetutamente con la parte superiore del corpo, che possa lavorare in parte seduto ed in parte in piedi, esiste una completa capacità lavorativa. Penso qui ad un'attività quale operaio anche non qualificato, di portinaio, di custode od eventualmente anche di magazziniere. Per quanto riguarda la problematica di una riqualifica professionale, in un indirizzo piuttosto informatico, potrebbero anche qui insorgere dei problemi, visto e considerato che egli riesce a rimanere seduto al massimo un'ora. Un'attività da svolgere in modo continuo in posizione seduta, non è primariamente adatta in pazienti che presentano delle alterazioni radiologiche di questo tipo. La possibilità di alternare invece un'attività seduta con una in piedi ed eventualmente di camminare,

sarebbe molto più appropriato.

## E. 6

**POSSIBILITA' DI MIGLIORARE LA CAPACITA' DI LAVORO** Dal lato medico/terapeutico non vi sono particolari proposte da formulare eccezion fatta per un rigoroso calo ponderale in associazione ad una riabilitazione muscolare con accento su un rinforzo dei muscoli del portamento e degli addominali. Il tutto dovrebbe avvenire con un programma di esercizi ginnici prevalentemente di stabilizzazione, evitando una mobilitazione segmentale in particolare del passaggio lombosacrale. In assenza di un impatto biomeccanico maggiore della olistesi di L5 su S1 non vi é in alcun caso un'indicazione chirurgica. Per qualsiasi lavoro adatto alle capacità manuali ed intellettuali del paziente che possa rispettare i limiti esposti sotto il punto 5 il paziente può essere considerato abile al lavoro in maniera normale. Il signor RI 1 non necessita di particolari mezzi ausiliari. La prescrizione di un sostegno lombare (tipo Lombostat o simile) non è indispensabile ma può favorire la sensazione di una maggiore caricabilità della colonna vertebrale tramite una stimolazione della propriocezione della muscolatura autoctona del rachide." (doc. AI 110) In data 19 luglio 2002 la perizia è stata confermata dal dr. \_\_\_\_\_, medico SMR (doc. AI 113). Nella sua "proposta medico" del 18 settembre 2003, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha rilevato: " L'esame delle diverse valutazioni mi permette di affermare che la situazione clinica risulta invariata da quella effettuata dal dott. \_\_\_\_\_. Guardando bene la descrizione si nota anche un certo miglioramento della funzionalità. In tale situazione ritengo che la valutazione peritale sia ancora valida e che l'attività adatta descritta sia ancora applicabile come anche la valutazione della CL." (doc. AI 126) I medici della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data 31 luglio 2003 hanno certificato: " Decorso Il paziente si è impegnato con motivazione nel programma riabilitativo propostogli e la degenza non ha presentato particolarità degne di rilievo per quanto concerne la gestione clinica. Nell'ambito infragenicolare sx è stato trattato il muscolo tricipite surale e nell'ambito del tallone è stato applicato l'ultrasuono con conseguente buon effetto sui dolori inserzionali al tallone sx. Ha inoltre effettuato una serie di esercizi per migliorare la stabilità della colonna lombare sia la muscolatura dorsale che addominale. Dopo l'applicazione di una nuova cintura tipo Lumbal-lock il paziente poteva aumentare il carico di pesi durante il programma di ergonomia. Vista la tendenza alla pressione bassa abbiamo introdotto Effortil Plus (1-0-0). Durante la degenza il paziente mostrava segni di ansia e di agitazione recidivante per cui abbiamo prescritto Rebalance drag. 3x1/die. Per ridurre i dolori abbiamo prescritto Vioxx 25 mg (1-0-0). Durante la degenza il peso corporeo è lievemente diminuito da 84,6 a 82,9 Kg all'uscita. **QUADRO CLINICO ALLA DIMISSIONE** Soggettivamente: il paziente si dichiara soddisfatto del ricovero, la muscolatura è più sciolta e la forza muscolare è aumentata. Il formicolio al piede sx è meno frequente. Obiettivamente: troviamo una buona mobilità lombare con una DDS di 0 cm ed un indice di Schober di 10-18 cm, Rimangono ancora limite di 1/3 la latero-flessione e la rotazione a sx. **TERAPIA ALL'USCITA E PROCEDERE** Vioxx 25 mg \_\_\_\_\_ in riserva Valverde détente 3x11die Effortil Plus 1-0-0 Abbiamo consigliato al paziente di continuare con gli esercizi di stabilizzazione in una sala attrezzi e portare la cintura lombare che gli abbiamo prescritto durante gli sforzi. Vista la difficoltà di effettuare lavori in flessione del tronco per esempio come manovale, riteniamo giustificata una riformazione professionale (il paziente si interessa per un impiego nell'ambito sociale come per es. con gli invalidi). Con l'augurio che il risultato delle cure da noi improntate rispecchi i desideri per i quali il paziente ci è stato indirizzato, cogliamo

l'occasione per porgerLe i nostri più cordiali e collegiali saluti." (allegato doc. AI 128) In data 4 marzo 2004 il dr. \_\_\_\_\_ ha nuovamente certificato un'incapacità lavorativa dell'assicurato nello svolgere lavori pesanti ribadendo nel contempo la necessità di una riforma professionale (doc. U). Nelle sue "annotazioni" del 24 novembre 2004 il dr. \_\_\_\_\_, medico responsabile del SMR, ha precisato: " Ho preso atto della nuova documentazione medica prodotta in sede di ricorso. Posso osservare quanto segue: 1. il certificato del dr. \_\_\_\_\_ non dice nulla o perlomeno nulla di nuovo. Asserisce che il soggetto non può svolgere lavori pesanti. Questo è documentato dall'UAI, ma si è pure valutata la capacità lavorativa intatta per attività leggere. La necessità di una formazione professionale, se buona dal lato medico, va valutata anche dal profilo del diritto e questo non può essere di competenza medica. Riferisce poi di degenza alla Clinica \_\_\_\_\_: pure questo elemento è noto e valutato (ci sono più copie dello stesso rapporto agli atti). 2.

Una prescrizione di fisioterapia non ha alcun significato per la determinazione di una patologia e della sua durata. Fa stato, al massimo, soltanto per una necessità di cura intermittente. 3. il rapporto di radiologia depone per le stesse alterazioni apprezzate in modo conclusivo da parte dello specialista reumatologo." (doc. VIIbis) In data 25 gennaio 2005 il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato: " il signor RI 1 soffre da parecchi anni di disturbi di carattere ortopedico assai importanti, disturbi che con gli anni sono sempre andati verso il peggioramento. Questi disturbi riguardano: la colonna cervicale con dolori su tutto lasse delle vertebre, dei ligamenti e dei muscoli, con associata una sindrome di nevralgie alla testa, del tipo algoneurodistrofia, non guaribile né con medicinali, né con la fisioterapia, cure entrambe che possono dare delle semplici remissioni, ma mai delle guarigioni. Importanti dolori alla colonna lombare dovuti ad una grave discopatia L5/S1 con spondilolistesi e cioè scivolamento della stessa struttura vertebrale L5/S1. Con questo tipo di lesione è difficile affrontare qualsiasi tipo di lavoro, in quanto la persona non può stare né troppo tempo in piedi, né troppo tempo seduta, ma si deve di tanto in tanto sdraiare. Con il passare del tempo i disturbi si accentuano anche con il minimo sforzo o con il portare pesi seppure leggeri piedi piatti dolorosi, che riducono la possibilità di marcia e di stazione eretta della persona. Sia dal profilo medico che chirurgico, non esiste una soluzione radicale a questi problemi. Le cure restano pur sempre palliative, e servono a ritardare l'insorgenza di disturbi che con il tempo si fanno sempre più handicappanti, quali: maggiore diminuzione della forza agli arti inferiori, maggiore stanchezza su tutta la colonna, maggiore riduzione della mobilità e della deambulazione. Si tratta dunque di una patologia in continuo peggioramento, nonostante trattamenti e cure. L'intervento chirurgico non dà alcuna garanzia di ricupero fisico, ma potrebbe al massimo far diminuire la quantità di dolore, sempre alla condizione che dopo l'intervento il paziente mantenga precise norme di riposo senza forzature. Sia nel caso di cure conservative che di cure chirurgiche, resta pressoché impossibile una qualsiasi collocabilità del paziente in un contesto di lavoro fisico manuale. In tutti questi casi, la tabella SUVA circa le indennità per menomazioni della colonna lombare prevede un calcolo di invalidità del 50%. Quindi un 50% per menomazioni della sola colonna lombare, anche dopo intervento di chirurgia, in quanto non dà alcuna garanzia di restitutio ad integrum." (doc. XIII1) Nelle sue "annotazioni" del

## **E. 9**

febbraio 2005 il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato: " Assicurato con disturbi dell'apparato locomotore per il quale non si sono erogate prestazioni Al. In sede d'opposizione si contesta il calcolo dei redditi, in sede di ricorso si contesta la valutazione della capacità/incapacità lavorativa. A tale scopo si produce un rapporto del dr. \_\_\_\_\_, curante del soggetto. Si

osserva innanzitutto che la valutazione medica da parte di specialisti dell'apparato locomotore, curanti e periti, sono concordi nell'attestare una riduzione anche importante della capacità lavorativa per ogni attività di tipo pesante. Per quanto riguarda la capacità lavorativa per attività meno impegnative dal lato fisico ammettono pure una funzionalità pressoché normale. Osserviamo come la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_, reumatologia FMH, e ultimo esaminatore abbia valutato lo stato di salute del soggetto e gli atti dando indicazioni molto precise sulla capacità funzionale, sui limiti e ha discusso molto seriamente le divergenze di valutazione. Il rapporto del Dr. \_\_\_\_\_, che comunque ha sempre attestato incapacità lavorativa piena per ogni attività, manca di ogni serio criterio di valutazione. Va pure osservato che tutta la sua certificazione non ha mai riportato dati oggettivi, nessuna descrizione di limiti o risorse funzionali per cui le valutazioni specialistiche si imponevano. Dicevo dell'assenza di criteri seri di valutazione: - descrive dei disturbi, peraltro tutti ben noti, introducendo un concetto algoneurodistrofia per descrivere delle cefalee. Algodistrofia è in genere una patologia articolare, quasi sempre legata a traumi o interventi chirurgici. Non sappiamo ravvisare relazione con una cefalea. - Descrive dell'inguaribilità. In tutta la documentazione si trovano elementi che indicano la stazionarietà del quadro clinico, l'impossibilità di ricupero dell'integrità, della necessità di terapie, quindi elementi noti e valutati. - Parla di grave discopatia: non pare abbia letto i rapporti specialistici che tutti depongono per la presenza di lisi e olistesi al livello L5-S1 e parlano anche di discopatia, descrivendo una moderata disidratazione discale. - Riferisce di piedi piatti dolorosi: si tratta comunque di variazione anatomica molto frequente, che viene controbilanciata con successo, se dolorosa, con semplici rimedi terapeutici come dei plantari. - Riferisce della continua evoluzione negativa: ebbene anche questo è contrario ad ogni valutazione specialistica dove si ammette stazionarietà. - La discussione per una soluzione chirurgica, non trovata indicata da nessun specialista, risulta essere commento puramente accademico sul trattamento in genere possibile per spondilolisi/spondilolistesi, ma non riguarda il caso particolare. - Confonde il concetto LAINF di indennità per menomazione fisica con quello di incapacità lavorativa e di invalidità. Dobbiamo concludere che ci troviamo confrontati con una situazione di valutazione del medico curante di base per un'incapacità lavorativa totale da lunghissimo periodo, in contrasto con le valutazioni sia degli specialisti curanti che degli specialisti chiamati a dirimere i problemi sulle conseguenze della patologia sulla funzionalità. Non si può rilevare alcun elemento che possa minimamente far dubitare delle valutazioni specialistiche." (doc. XVbis) 2.6. Perché 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 (Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella

causa S.H.; 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) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). 2.7. Per quanto attiene al problema fisico (reumatologico), questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il perito (dr. \_\_\_\_\_). In esito ad un approfondito esame dello stato di salute dell'assicurato, nel referto peritale 14 dicembre 2001 - cui va senz'altro attribuito pieno valore probatorio conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6) - il dr.

\_\_\_\_\_, reumatologo, sulla base di una consultazione avvenuta il 12 dicembre 2001, dell'esame degli atti medici a sua disposizione, dopo illustrazione dei dati anamnestici, dei dati soggettivi e delle constatazioni obiettive, alla luce di una valutazione anche dal profilo prognostico, ha diagnosticato una “ sindrome lombovertebrale e spondilogeno bilaterale recidivante in turbe statiche moderate del rachide (iperlordosi lombare), disequilibrio muscolare (con notevole indebolimento degli addominali), alterazioni strutturali del passaggio lombosacrale (spondilolisi vera bilaterale di L5 - olistesi di L5 su S1 di 5 mm, condrosi e protrusione paramediana a sinistra L5/S1) e soprappeso”, concludendo per una totale incapacità lavorativa in attività pesanti; nella sua precedente professione di operaio addetto agli imballaggi ed al trasporto l'assicurato è stato giudicato abile in misura del 75% ; per attività leggere dove l'assicurato non debba alzare pesi superiori a 15 kg, dove possa svolgere un lavoro in un ambiente ergonomicamente adatto, dove possa evitare di piegarsi in avanti ripetutamente con la parte superiore del corpo e possa lavorare in parte seduto ed in parte in piedi, la capacità lavorativa dell'assicurato è stata giudicata totale (doc. AI 110, pag. 6-7) La perizia del dr. \_\_\_\_\_ ricalca in sostanza quella del 12 novembre 1998 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 42) alla quale il dr. \_\_\_\_\_ fa ampio riferimento (doc. AI 110 pag. 7). Tale valutazione è stata confermata anche dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 113 e XVbis). Anche le prime valutazioni mediche del dr. \_\_\_\_\_ sono perfettamente in linea con la perizia del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 77). Nel suo referto 22 marzo 2000 il dr. \_\_\_\_\_, neurochirurgo, ha sostanzialmente rilevato le stesse patologie descritte dal dr. \_\_\_\_\_ ed ha concordato con le conclusioni di quest'ultimo, salvo per quanto concerne il sollevamento di oggetti pesanti, che a detta del dr. \_\_\_\_\_ non dovrebbero superare i 10 kg (doc. AI 77). Nemmeno nel rapporto di degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ sono state evidenziate patologie tali da giustificare

l'erogazione di una rendita (allegato doc. AI 128). Per contro, il dr. \_\_\_\_\_, chirurgo e medico curante, ha sempre certificato un'incapacità lavorativa totale sin dal 1994 (doc. AI 6, 79); nel suo referto del 25 gennaio 2005 il sanitario ha in particolare sottolineato che con i "dolori alla colonna lombare dovuti ad una grave discopatia L5/S1 con spondilolistesi e cioè scivolamento della stessa struttura vertebrale L5/S1" per l'assicurato "é difficile affrontare qualsiasi tipo di lavoro, in quanto la persona non può stare né troppo tempo in piedi, né troppo tempo seduta, ma si deve di tanto in tanto sdraiare" (doc. XIII1). In quest'ultimo referto medico il dr. \_\_\_\_\_ non ha descritto nessun limite funzionale (al contrario di quanto è emerso per contro dalla perizia \_\_\_\_\_). Egli si è limitato ad elencare i disturbi e le limitazioni già noti e rilevati dal perito. Ora, sino all'emanazione della decisione su opposizione del 26 agosto 2004, la conclusione cui sono giunti i periti incaricati e i medici del SMR non possono essere validamente messe in discussione. Per quanto attiene al certificato medico 25 gennaio 2005 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. XIII1), benché rilasciato da un sanitario che ha in cura l'assicurato dal 1994, lo stesso non può essere preso in considerazione ai fini del presente giudizio in quanto non sufficientemente circostanziato e dettagliato e non conforme quindi ai succitati criteri stabiliti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6). Dal referto medico in parola non si evincono sufficienti elementi per ammettere con alta verosimiglianza l'insorgere di un peggioramento delle condizioni di salute rispetto a quanto accertato precedentemente in sede peritale e avallato dai medici SMR (doc. XVbis). Inoltre, va rammentato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Ne consegue che il succitato atto medico non può in ogni caso essere preso in considerazione, poiché attesta una situazione di fatto posteriore alla decisione contestata del 26 agosto 2004. Ai fini dell'economia processuale, eccezionalmente il giudice può tuttavia anche tener conto dei fatti intervenuti posteriormente alla decisione impugnata, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263) e siano suscettibili di influenzare il giudizio (RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, 1974 pag. 192 consid. 4, 1970 pag. 582 consid. 3). In casu, il rapporto medico in discussione non é sufficiente per far luce in modo completo e preciso sull'eventuale natura invalidante dei problemi fisici accusati dal ricorrente. Spetterà semmai al ricorrente inoltrare un'ulteriore domanda di prestazioni ed allegare la pertinente nonché completa documentazione relativa all'asserito peggioramento del suo stato di salute. Questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per la valutazione della fattispecie dal profilo medico sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al proposito si osserva che se 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*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 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). In conclusione, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze specialistiche, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221) -, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato è abile in misura totale in attività leggere ritenute idonee dai periti.

2.8. L'Ufficio assicurazione invalidità ha in seguito affidato la valutazione economica del caso alla consulente in integrazione professionale. Basandosi sugli esami specialistici, con rapporto finale 25 settembre 2003 la consulente ha osservato: " Situazione dell'A. L'A. (38enne) ha inoltrato una prima domanda di prestazioni nel 1995; nel 1996 la pratica è stata chiusa in quanto essendo l'A. entrato in Svizzera in ottobre 1988, non adempiva alle condizioni di base per beneficiare delle prestazioni dell'Assicurazione Invalidità. La seconda domanda inoltrata nel 1997 è stata rifiutata con decisione del novembre 1998, decisione poi annullata a seguito di un'opposizione. In dicembre 1998 è stata riconfermata la decisione di rifiuto. Attestando un peggioramento dello stato di salute, l'A. ha richiesto una nuova valutazione, di nuovo respinta in novembre 1999 in quanto il peggioramento non risultava rilevante. Con la lettera di settembre 2000, l'Avv. RA 1 chiede un riesame della decisione per accordare provvedimenti di riforma professionale all'A. Si procede quindi con una nuova valutazione del caso. Dati medico-teorici sui quali si basa la presente valutazione Il Dr. \_\_\_\_\_, nella sua perizia di dicembre 2001, definisce anamnesticamente una sindrome lombovertebrale e spondilogeno bilaterale recidivante in turbe statiche moderate del rachide (iperlordosi lombare), disequilibrio muscolare, alterazioni strutturali del passaggio lombosacrale: spondilolisi vera bilaterale, oliatesi di L5 su S1 di 5mm., condrosi e protusione paramediana a sinistra L5/S1. L'A. viene definito abile al lavoro in maniera normale in attività confacente come descritto dal Dr. \_\_\_\_\_ "non alzare ripetutamente più di 20 kg., ambiente ergonomicamente adatto, evitare di piegarsi in avanti ripetutamente con la parte superiore del corpo, lavorare in parte seduto, in parte in piedi". In ogni caso è esigibile l'alzare pesi dal suolo fino a 15 kg. di qualsiasi forma e dimensione ad un ritmo fino ad una volta ogni 5 min. Può spostare e trasportare pesi dall'altezza di un tavolo e per un massimo di un minuto fino a 20 kg. con una frequenza fino a 10 volte l'ora. Può portare pesi sulle spalle fino a 20 kg. per un massimo di 5 min. per una frequenza di 4-5 volte l'ora. Sono da evitare i lavori al di sotto dell'altezza di un tavolo se richiesti per più di 5 min. senza interruzione. La posizione eretta con leggera inclinazione del tronco può essere assunta in maniera normale. Può restar seduto o in piedi fermo per almeno un'ora senza interruzione. Può salire e scendere le scale normalmente e spostarsi senza restrizione su terreni piani. Camminare su terreni sconnessi potrebbe sollecitare dolori lombari se richiesto ripetutamente. Non vi sono limiti nell'uso delle braccia e delle mani, anche sopra l'altezza dell'orizzontale. Nella sua precedente professione di operaio l'A. viene considerato abile al 75% (la capacità di lavoro ridotta è dovuta al fatto che l'A. lavorava esclusivamente

in piedi). Dati socio-professionali Dopo le scuole dell'obbligo e le superiori, l'A. ha ottenuto un diploma in pedagogia generale a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), non riconosciuto in Svizzera. Entrato in Svizzera, dal 1991 al 1993 ha lavorato come operaio presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (il datore di lavoro osserva che l'A. era in piedi durante l'intera giornata e confezionava bobine di film del peso di 5-12 kg.) Dati economici Basandomi sulla riunione dei contributi, l'A. nel 1992 presso la ditta \_\_\_\_\_ conseguiva un salario annuo di fr. 28'337, che aggiornato al 2002 secondo l'indice d'aumento dei salari nominali diventa di fr. 32'247. Calcolo della Capacità di Guadagno Residua Considerando un reddito ipotetico di fr. 32'247, una capacità di lavoro residua del 100% e anche applicando il massimo delle riduzioni, secondo le statistiche RSS teoriche, risulta un reddito da invalido di fr. 33'502 e una capacità di guadagno residua del 100%. Discussione e consulenza Durante il colloquio avvenuto il 31 luglio 2003, l'A. mi racconta che dal 1993 non ha più esercitato nessuna attività lavorativa (ad eccezione di un periodo alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dove doveva alzare pesi di 30 kg., che per lui erano troppo importanti). L'A. sostiene sia avvenuto un peggioramento dello stato di salute che risulterebbe anche dal rapporto della Clinica di \_\_\_\_\_. Vista la situazione già parecchio complessa, ho sottoposto il rapporto della Clinica all'SMR. Il Dr. \_\_\_\_\_, in settembre 2003 prende posizione dicendo che l'esame delle diverse valutazioni permette di affermare che la situazione clinica risulta invariata rispetto alla valutazione effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_. Guardando bene la descrizione si nota anche un certo miglioramento della funzionalità. In tale situazione si ritiene che la valutazione peritale sia ancora valida e che l'attività adatta descritta sia ancora applicabile come anche la valutazione della capacità lavorativa. L'assenza di una perdita di capacità di guadagno non permette l'applicazione di provvedimenti volti al conseguimento di una qualifica professionale di base (non è quindi nemmeno possibile dar seguito alla proposta dell'Avv. RA 1 (lettera del 17 settembre 2003) di finanziamento di una riqualifica come assistente di cura, professione oltretutto non adatta alla problematica alla schiena di cui soffre l'A.). Tenendo conto delle limitazioni funzionali (oggettivamente poco invalidanti) definite in sede medica, l'A. potrebbe ancora svolgere una vasta gamma di attività medio-leggere non qualificate, direttamente accessibili sul mercato del lavoro (penso per esempio a custode, portinaio, aiuto venditore, aiuto magazziniere, fattorino, operaio di fabbrica,...). Conclusione Viste le precedenti considerazioni si ritiene che l'A. possa essere direttamente inserito sul mercato libero del lavoro. " (doc. AI 128) 2.9. 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 Bundesgericht*, op. cit., p. 228; Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 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, *Rechtsprechung des Bundesgerichts*, 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). 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 (ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 2003, pag.

124). Dall'altra parte, l'art. 8 cpv. 1 LAI prevede che gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione, tra cui i provvedimenti professionali (art. 15 –18 LAI), necessari e atti a ripristinare, migliorare, conservare o avvalorare la capacità di guadagno. Ciò non vuol dire che un assicurato, per il quale sono esclusi provvedimenti integrativi, non possa svolgere un'attività adeguata mettendo a frutto la residua capacità lavorativa, verifica che, come detto, spetta al consulente in integrazione professionale. Nel dettagliato ed esaustivo rapporto 25 settembre 2003 la consulente, tenendo conto delle risultanze peritali e specialistiche (doc. AI 110 e 42), ha evidenziato che nel caso di specie non sono dati i presupposti per l'applicazione di provvedimenti d'integrazione in quanto le attestazioni mediche-peritali indicano una certa stazionarietà se non anche un miglioramento delle funzionalità per cui la precedente professione sarebbe ancora esigibile in misura perlomeno del 75%. Essa ha precisato inoltre che "l'assenza di una perdita di capacità di guadagno non permette l'applicazione di provvedimenti volti al conseguimento di una qualifica professionale di base" e "di finanziamento di una riqualifica come assistente di cura, professione oltretutto non adatta alla problematica alla schiena di cui soffre l'A." La consulente, concludendo, ha precisato che l'assicurato, tenuto conto delle limitazioni funzionali definite in sede medica, potrebbe ancora svolgere una vasta gamma di attività medio-leggere non qualificate, direttamente accessibili sul mercato del lavoro (custode, portinaio, aiuto venditore, aiuto magazziniere, fattorino, operaio di fabbrica, ecc). Decisivo è definire il più oggettivamente possibile, tenuto conto delle risultanze mediche, la residua capacità di lavoro dell'assicurato in un'ottica economica. D'altra parte, come accennato (cfr. consid. 2.7), in relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa ■ conformemente a un principio generale vigente anche nel diritto delle assicurazioni sociali ■ all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una 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; cfr. anche Meyer Blaser, op. cit., p. 221). La consulente ha infine ritenuto una riduzione globale (massima) di rendimento del 25%. Tale valutazione non è nella specie suscettibile di essere messa in discussione da parte di questo TCA non essendo ravvisabili validi motivi che ne giustificano la disattenzione, ritenuto che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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; Pratique VSI 2002 pag. 64; STFA del 30 giugno 2000 nella causa B., pag. 5). In conclusione, alla luce di quanto precede, è da ritenere siccome dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali che il danno alla salute di cui è portatore - e per il quale non è da ritenere sussistano realistiche possibilità di miglioramento - provoca un'incapacità al lavoro nella sua precedente professione di operaio del 25%, mentre in attività leggere compatibili con le limitazioni funzionali rilevate in sede medica l'assicurato è completamente abile al lavoro. In tale contesto, dunque, è corretto procedere al calcolo dell'incapacità al guadagno, come eseguito nella decisione contestata, considerando un reddito ipotetico da invalido conseguibile in quelle attività ritenute proponibili. 2.10. Al fine di determinare

l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario (art. 16 LPGA, cfr. consid. 2.3), occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute quale operaio addetto agli imballaggi ed al trasporto (reddito da valido) con quello risultante da attività leggere non qualificate (reddito da invalido). Come detto (cfr. consid. 2.3), d'eterminante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita. L'amministrazione considererà inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenuti sino al momento dell'emanazione della decisione contestata. In concreto, visto il risultato ottenuto (cfr. consid. 2.11 e seg.) con il raffronto dei redditi per il 2004, appare superfluo calcolare l'eventuale grado d'invalidità per gli anni precedenti in quanto il risultato è di gran lunga inferiore al 40%. 2.11. Per quel che concerne il salario da valido, nel rapporto 25 settembre 2003 la consulente in integrazione ha preso in considerazione l'importo annuo (riferito al 2002) di fr. 32'247.-- prendendo quale dato di riferimento lo stipendio percepito nel 1992 ed aggiornandolo al 2002. Occorre ricordare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato 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 giustifichino (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, si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche STFA inedita del 30 dicembre 2002 nella causa B., I 56/02). In concreto, a seguito di un accertamento effettuato dal TCA presso la \_\_\_\_\_, nel 2000 e 2001 l'assicurato, quale operaio addetto agli imballaggi ed al trasporto, avrebbe percepito un salario annuo di fr. 33'800.-- (doc. XXIX). Nel 2002, 2003 e 2004 a detta della ditta l'assicurato avrebbe percepito fr. 34'450.--. 2.11.1. Per quanto attiene al possibile miglioramento professionale ed economico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire presso la \_\_\_\_\_, dagli atti nulla permette di poter tenere in considerazione un eventuale sviluppo o avanzamento professionale giustifichino l'erogazione di un salario superiore a quello indicato dalla società (doc. XXIX). Nel considerando precedente è stato infatti rimarcato che, secondo costante giurisprudenza, nell'ambito della valutazione del reddito da valido, eventuali sviluppi o avanzamenti professionali possono essere presi in considerazione a condizione che la loro realizzazione appaia altamente probabile e quindi nella misura in cui l'assicurato dimostri una probabile ascesa professionale sulla base di indizi concreti e provi che egli

avrebbe effettivamente conseguito un reddito più elevato se non fosse divenuto invalido. Semplici dichiarazioni d'intenti o probabilità teoriche non bastano in tal senso a ritenere verosimile un avanzamento professionale, in relazione al quale è necessario che l'assicurato dimostri di aver intrapreso passi concreti (Pratique VSI 1998 pag. 174-175 = SVR 1998 IV nr. 5 pag. 5a; RAMI 1993 U Nr. 168; DTF 96 V 29; Meyer-Blaser, op.cit., pag. 206-207). Degli indizi concreti in favore di un'evoluzione della carriera professionale esistono, ad esempio, quando è ravvisabile, da parte del datore di lavoro, una tale prospettiva di avanzamento oppure quando egli ha fornito delle garanzie in tal senso. L'intenzione di progredire sul piano professionale deve essersi già manifestata attraverso dei passi concreti, quale la frequentazione di corsi, l'inizio di studi o l'aver sostenuto degli esami (cfr. DTF 96 V 29; RAMI 1993 U168 consid. 3b; STFA inedita 19 settembre 1996 in re M. [I 419/95]; STFA inedita 4 settembre 2002 in re L [M 8/01]), indizi che, come detto, non sussistono nella fattispecie in esame. Del resto, il metodo scelto di basarsi sull'ultimo stipendio annuo, rispecchia meglio la situazione concreta dell'assicurato (cfr. consid. 2.11).

2.12. Riguardo al reddito da invalido, va precisato che lo stesso 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 un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Come visto (cfr. consid. 2.9), 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%. Nella fattispecie occorre quindi stabilire il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire in attività leggere, ritenute siccome esigibili dal profilo medico (doc. AI 110) e considerate parimenti in sede di valutazione economica da parte della consulente in integrazione professionale (cfr. doc. AI 128). In applicazione dei succitati criteri, nella sentenza pubblicata in SVR 2001 IV Nr. 21 questo Tribunale ha precisato che, conformemente ai dati statistici salariali pubblicati dall'Ufficio federale di statistica (L'enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tabella TA 13), il salario ipotetico nel 1998 conseguibile in attività leggera adeguata esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, che possono, come detto, arrivare al massimo al 25%, riportato su 41,9 ore, ammonterebbe a fr. 45'390.-- nel settore privato (rispettivamente fr. 47'929.■■■ nel settore pubblico e privato) per gli uomini e a fr. 33'587.■■■ (rispettivamente fr. 33'725.■■■) per le donne. Per quanto riguarda l'applicazione di suddetti dati statistici, rilevasi per inciso che il TFA ha ritenuto non criticabile l'utilizzo della citata tabella TA 13, che si riferisce ai salari statistici presenti nelle grandi regioni della Svizzera, al posto di quella relativa ai valori nazionali (tabella TA 1) (STFA non pubblicata del 13 giugno 2003 in re G., I 475/01, consid. 4.4; del 10 agosto 2001 in re. R., I 474/00, consid. 3c/aa; del 27 marzo 2000 in re P., I 218/99, consid. 3c e del 28 aprile 1999

in re T., I 446/98, consid. 4c. Vedi anche STFA inedita 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02, consid. 6.4, in cui l'Alto Tribunale ha lasciato aperta la questione a sapere se devono essere applicati i valori regionali oppure quelli nazionali). Su questi argomenti, cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, p. 618-621. Conformemente ai dati statistici salariali (valore mediano) relativi al 2002, il salario ipotetico conseguibile in attività semplice e ripetitiva esercitata a tempo pieno nel Cantone Ticino e prima di eventuali riduzioni per motivi particolari, riportato su 41,7 ore (La vie économique 6/2005, Tabella B9.2), nel settore privato corrisponde a fr. 51'266.-- (fr. 4'098 : 40 x 41,7 x 12) per gli uomini e fr. 40'945.-- (fr. 3'273 : 40 x 41,7 x 12) per le donne (Tabella TA 13 privato), mentre che nel settore privato e pubblico l'ammontare è di fr. 52'755.-- (fr. 4'217 : 40 x 41,7 x 12) per gli uomini e fr. 41'195.-- (fr. 3'293 : 40 x 41,7 x 12) per le donne (Tabella TA 13 privato e pubblico). Il reddito da invalido stabilito per il 2002 nel settore privato, riportato su 41,7 ore (dato verosimilmente riconfermato anche per il 2003 [il più recente dato a disposizione è quello riferito al 2002, La Vie économique 6/2005, Tabella B9.2]) ed adeguato in base all'indice dei salari nominali (La vie économique 6/2005, tabella B10.3, p. 83), ammonta nel 2003 a fr. 51'929.-- ([ 51'266 : 41.7 x 41.7] x 1958 : 1933) . Per quanto concerne il 2004 , il reddito da invalido deve essere aggiornato al 2004. Il reddito da invalido stabilito per il 2003 nel settore privato, riportato su 41,7 ore (dato verosimilmente riconfermato anche per il 2004 [il più recente dato a disposizione è quello riferito al 2002, La Vie économique 6/2005, Tabella B9.2]) ed adeguato in base all'indice dei salari nominali (La vie économique 6/2005, tabella B10.3, p. 83), ammonta nel 2004 a fr. 52'380.-- ([51'929: 41.7 x 41.7] x 1975 : 1958) . Considerata una capacità lavorativa in suddette attività adeguate pari al 100% ed applicando una riduzione del 25% stabilita dalla consulente in integrazione (doc. AI 128 pag. 2), ciò che comporta la determinazione di un salario da invalido di fr. 39'285.--, e al raffronto di tale reddito da invalido con quello da valido, di fr. 34'450.-- , la percentuale d'invalidità dell'assicurato sarebbe nel 2004 dello 0% essendo il reddito da invalido superiore a quello da valido. Visti i risultati ai quali si è appena giunti, richiamata la giurisprudenza di cui alla DTF 129 V 222 (cfr. consid. 2.3), è da ritenere che anche negli anni precedenti con grande verosimiglianza il grado d'invalidità risulti inferiore al 40% tasso minimo per poter riconoscere il diritto ad un quarto di rendita. Quand'anche – per ipotesi di lavoro – si volesse tenere in considerazione il fatto che il reddito da invalido di fr. 52'380.--ancora conseguibile nel 2004 supera del 34.24% il reddito che il ricorrente avrebbe conseguito, senza l'invalidità, continuando a svolgere l'attività di operaio addetto agli imballaggi ed al trasporto (fr. 34'450.-- (doc. XXIX), il risultato non cambierebbe. Infatti, secondo la giurisprudenza del TFA qualora già prima dell'insorgenza del danno alla salute, il reddito di una persona assicurata si situi sotto la media dei salari per un'attività equivalente e che non si possa sostenere che essa si sia volontariamente accontentata di una retribuzione modesta, si deve ammettere che gli stessi fattori che hanno inciso negativamente sul reddito da valido potrebbero anche influenzare il reddito da invalido. Accertato che l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (AHI 1999, p. 329 consid. 1; ZAK 1989, p. 458s. consid. 3b; STFA del 5 dicembre 2003 nella causa S., I 630/02, consid. 2.2.2 e del 2 dicembre 2002 nella causa R., I 53/02, consid. 3.3). In casu, se si ammettessero i presupposti della summenzionata giurisprudenza il reddito statistico da invalido sarebbe stabilito in fr. 34'445.-- (fr. 52'380 decurtati del 34.24% = fr. 34'445.-- nel 2004). Considerata una capacità lavorativa in

suddette attività adeguate pari al 100% ed applicando una riduzione del 25% stabilita dalla consulente in integrazione (doc. AI 128 pag. 2), ciò che comporta la determinazione di un salario da invalido di fr. 25'834.--, e al raffronto di tale reddito da invalido con quello da valido, di fr. 34'450.--, la percentuale d'invalidità dell'assicurato sarebbe nel 2004 del 25.01% ( $(34'450 - 25'834 \times 100 : 34'450)$ ), arrotondata al 25% (secondo la più recente giurisprudenza federale pubblicata in DTF 127 V 129 il risultato matematicamente esatto va infatti arrotondato per eccesso o per difetto alla prossima cifra percentuale intera secondo le regole matematiche). Quindi, anche volendo procedere secondo la suevocata giurisprudenza, visto il risultato al quale si è appena giunti, richiamata la giurisprudenza di cui alla DTF 129 V 222 (cfr. consid. 2.3), è da ritenere che anche negli anni precedenti il 2004 con grande verosimiglianza il grado d'invalidità risulti inferiore al 40% tasso minimo per poter riconoscere il diritto ad un quarto di rendita. 2.12.1. In merito alla contestazione secondo la quale l'amministrazione non avrebbe dettagliatamente esaminato le tipologie di attività adeguate ancora esigibile dall'assicurato, il TFA in una sentenza del 25 febbraio 2003 (U 329-30/01) ha ribadito che se da una parte è compito dell'amministrazione rispettivamente del giudice indicare possibilità di lavoro concrete, dall'altra non vanno poste esigenze troppo elevate: " (...)

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