

TI_GERICHTE 32.2006.87 vom 27. März 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-03-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.87

FR: TI_GERICHTE 32.2006.87 du 27 mars 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2006.87 del 27 marzo 2007

Regeste

Assicurato, pienamente abile al lavoro in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali, non ha diritto ad una rendita, essendo il suo grado di invalidità, risultante dal raffronto dei redditi, dell'11%.

Erwägungen

E. 14

luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). 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). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Nel caso in esame, nel rapporto peritale 16 ottobre 2003 indirizzato alla _____ il dr. _____, FMH in reumatologia e medico di fiducia dell'assicuratore, ha posto la diagnosi di “ sindrome panvertebrale parzialmente toracolombospondilogenica cronica in importante cifoscoliosi della dorsale su esiti da morbo di Scheuermann; decondizionamento e sbilancio muscolare; alterazioni degenerative dorsali e lombari (grossa ernia discale posteriore mediana-paramediana a destra D6/7 con compressione e deformazione importante del midollo a destra, protrusione discale diffusa posteriore L4/5, spondilartrosi L3-S1); obesità (peso 100,5 kg / statura 178 cm)” (doc. 2-15 inc. cassa malati). Nella sua valutazione il perito ha indicato che “ non è chiaro il motivo per il quale l'assicurato non segue più il programma di ricondizionamento e riequilibrio muscolare che, come risulta agli atti, aveva portato ad una riduzione dei dolori. La presenza ora di uno squilibrio e decondizionamento muscolare è imputabile alla mancanza di una terapia

adeguata. Per favorire il ricondizionamento, ridurre il carico sulla colonna vertebrale e sulle estremità inferiori, il paziente dovrebbe ridurre il peso corporeo, essendo in soprappeso di almeno 20 kg ". Il dr. _____ ha poi rilevato che " l'ulteriore evoluzione dello stato di salute dipenderà in gran parte dalla disponibilità a seguire quanto sopra menzionato. Anche dopo l'intervento eventualmente previsto di discectomia D6/7 per la presenza di una compressione e deformazione importante del midollo a destra, non prevedo un cambiamento della sintomatologia algica, se l'assicurato non si sottoporrà regolarmente alle cure indicate " (doc. 2-14 inc. cassa malati). Quanto alla capacità lavorativa, il perito ha osservato: " (...) 8. Ulteriore inabilità lavorativa giustificata? Se sì, per quanto? Nella sua ultima attività di meccanico d'auto giudico l'assicurato inabile al lavoro nella misura dei 2/3 a partire dal 20.1.2003 in maniera definitiva, visto che questo tipo di lavoro non rispetta in gran parte il profilo ergonomico descritto sopra. 9.

In linea generale, quali sono gli impedimenti oggettivi che rendono inabile il paziente? Le alterazioni strutturali presenti al rachide non permettono più la ripresa della professione di meccanico d'auto, in quanto quest'ultima prevede posizioni di lavoro aventi il potenziale di portare ad un'esacerbazione dei dolori al rachide. 10. Impedimenti ed esigibilità? Il paziente in altre attività più leggere sarebbe da ritenere abile al lavoro? Se sì, in quale misura e in quali professioni? Considero come lavoro ergonomicamente idoneo alle patologie sopramenzionate un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. Attività statiche che necessitano lo stare in piedi o seduti prolungatamente sono inadatte. In un lavoro adatto allo stato di salute giudico l'assicurato abile al lavoro al 100% con un rendimento massimo del 100% a partire da subito. La capacità lavorativa in un'attività ergonomicamente adatta non subirà variazioni dopo un eventuale intervento al rachide. Queste condizioni di lavoro ergonomicamente adatte allo stato di salute potrebbero essere eventualmente riscontrate in ambito commerciale-amministrativo, settore nel quale l'assicurato sembra disporre delle rispettive qualifiche scolastiche; questa possibilità sarebbe da valutare a condizione naturalmente che il lavoro d'ufficio permetta un cambiamento frequente delle posizioni del rachide." (Doc. 2-16+17, inc. cassa malati) In data 27 febbraio 2004 l'assicurato, su richiesta del medico curante (dr. _____), è stato visitato dal dr. _____, FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, che già lo aveva visitato nel 2003. Nel suo rapporto medico il dr. _____ ha evidenziato che dal punto di vista clinico ha ritrovato l'interessato in condizioni paragonabili alle constatazioni precedenti, giungendo alla conclusione che: " (...) La valutazione medica rimane invariata: il paziente è affetto da alterazioni statiche e funzionali del rachide da riportare ad uno stato dopo Morbo di Scheuermann toracolombare con modiche alterazioni degenerative secondarie senza implicazioni radicolari e con un limite funzionale che è stato ritenuto incompatibile con l'ulteriore svolgimento della sua professione di meccanico d'auto, giudizio sul quale concordo pienamente. I limiti funzionali come giudicati dal perito Dr. _____ mi sembrano adeguati. All'età di 42 anni appare comunque poco probabile che il paziente possa riciclarsi nel mondo del lavoro senza l'aiuto o della Cassa di Disoccupazione od ancora meglio tramite l'AI alla quale il caso è già stato segnalato l'anno scorso. Il paziente è comprensibilmente preoccupato anche per le conseguenze economiche che il danno alla salute gli sta provocando. Senza il contributo assicurativo il paziente non avrà più introiti. Gli ho quindi consigliato di verificare dapprima se la Cassa di Disoccupazione lo ritiene

ricollocabile o se bisogna attendere la presa di posizione dell'AI che andrebbe allora sollecitata. La terapia rimarrà quella da te prescritta (Vioxx e/o Algifor). Non ho prescritto nuove sedute di fisioterapia dopo che le cure precedenti effettuate in forma adeguata non hanno portato risultati convincenti." (Doc. AI 57-3) Successivamente, la _____ ha affidato al dr. _____ l'incarico di esperire una nuova visita peritale di decorso. Nel rapporto peritale 30 luglio 2004 lo specialista - sulla base delle risultanze degli atti contenuti nell'incarto, della sua precedente visita peritale nonché degli accertamenti medici eseguiti in occasione della visita 19 luglio 2004 - ha posto le diagnosi di " sindrome panvertebrale parzialmente toracolombospondilogenica cronica in importante cifoscoliosi della dorsale su esiti da morbo di Scheuermann; decondizionamento e sbilancio muscolare; alterazioni degenerative al rachide (osteochondrosi C6/7, ernia discale in sede paramediana a destra D6/7, leggermente progrediente, con estensione verso l'alto e con una deformazione del sacco durale e del midollo spinale toracico in sede anterolaterale a destra, protrusione discale diffusa L4/5, spondilartrosi L3-S1); possibile coxartrosi bilaterale; obesità (peso 101 kg / statura 178 cm)" (doc. 3-3+4 inc. cassa malati). Il dr. _____ ha tenuto a sottolineare che " rispetto alla visita precedente, l'assicurato non è calato di peso, la sua muscolatura non è stata ricondizionata, come da me proposto; il signor RI 1 non contribuisce dunque a migliorare il suo stato di salute riducendo così il danno " (doc. 3-6 inc. cassa malati). Quanto all'evoluzione delle patologie e al loro influsso sulla capacità lavorativa, il perito ha osservato: " (...) 1. In relazione alla visita medica del 14.10.2003 la preghiamo di volerci comunicare se vi sono stati dei peggioramenti e se sì quali: I cambiamenti dello stato di salute sono stati menzionati dettagliatamente sopra (vedasi "valutazione"); riassumendo: la colonna dorsale e lombare è un po' più limitata ai movimenti, come pure le anche; radiologicamente l'ernia discale D6/7 è aumentata leggermente di volume; per quanto concerne le articolazioni coxofemorali, sappiamo ora della presenza di una possibile coxartrosi (non si tratta dunque di una certezza). 2. Gli eventuali peggioramenti, sono tali da dover rivedere la nostra posizione del 23.2.2004? Le alterazioni oggettive rispetto alla mia visita precedente del 14.10.2003, sono minime. La vostra posizione del 23.2.2004, tenendo conto unicamente dello stato di salute, non dev'essere rivista. 3. Secondo lei, i lavori indicati sulla perizia della signora _____ (vedasi allegato) rientrano ancora in considerazione o lo stato attuale del signor RI 1 non gli permetterebbe di effettuare nemmeno quest'ultimi? Le attività di collaboratore per rispondere alle chiamate telefoniche presso la centrale di allarme del TCS o dell'ACS con possibilità di alternare la posizione seduta a quella in piedi, il lavoro di agente di vigilanza limitatamente ai lavori presso la centrale di allarme (rispondere alle chiamate telefoniche), con possibilità di alternare la posizione seduta a quella in piedi, sono senz'altro eseguibili nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, in quanto rispecchiano un'ergonomia di lavoro adatta. 4. Sono consigliabili ulteriori cure? Se sì, quali? Se no, lo stato di salute si è stabilizzato? In merito mi sono espresso prima (vedasi "valutazione"). 5. Ulteriore inabilità lavorativa giustificata? Se sì, per quanto? Come meccanico d'auto certamente. In un lavoro adatto allo stato di salute, assolutamente no! 6. In linea generale, quali sono gli impedimenti oggettivi che rendono inabile il paziente? Vedasi quanto precede.. 7. Impedimenti ed esigibilità? Il paziente in altre attività più leggere sarebbe da ritenere abile al lavoro? Se sì, in quale misura e in quali professioni? In merito mi sono espresso ai punti precedenti e sotto "valutazione". 8. L'attuale cura medica è appropriata? Se no, quali cure propone? Sia nel mio rapporto peritale dell'ottobre 2003, sia nell'attuale sotto "valutazione", mi sono espresso in merito; riassumendo propongo che l'assicurato

venga seguito dal suo reumatologo curante Dr. _____ a _____, annunciato presso la Dottoressa _____ dell'Ospedale _____ di _____ per iniziare un calo ponderale supervisionato (richiedendo periodicamente un rapporto medico di decorso). L'assicurato deve essere inoltre presentato al Prof. _____ presso l'Ospedale _____ a _____, per i motivi sopramenzionati." (Doc. 3-7+8 inc. Cassa malati)

Nel suo rapporto medico 4 agosto 2004 il dr. _____ del SMR ha osservato: " Raccomandazioni, proposte SMR Meccanico d'auto: secondo la valutazione peritale Dr. _____ del 16.10.2003 per conto _____ e la valutazione del Dr. _____ l'attività precedente non risulta più esigibile. Il Dr. _____ condivide pure i limiti funzionali espressi dal Dr. _____, valutazione che va quindi ritenuta attendibile pure per la nostra decisione." (Doc. AI 54-2)

L'assicurato ha prodotto lo scritto 9 novembre 2004 indirizzato al suo patrocinatore da parte del dr. _____, FMH in radiologia medica / diagnostica e medicina nucleare, del seguente tenore: " Le allego a completamento della documentazione riguardante il Sig. RI 1 1. Lettera del Dr. med. _____ al Neurochirurgo di _____ del 8 ottobre 2003. 2. Lettera di risposta del Dr. _____ 3. Lettera del Dr. _____ del 23 giugno 2004. Dalla documentazione annessa si può sicuramente affermare che il paziente, contrariamente ad alcuni passaggi sull'argomento esposti da medici che hanno avuto in cura il Sig. RI 1, perlomeno abbia non solo seguito le diverse cure o soggiorni propostigli, ma addirittura di sua spontanea volontà ha ricercato attraverso la mia persona di giungere in modo più definitivo ad una diagnosi precisa collegata alla sintomatologia dolorosa che l'accompagna da anni. Infatti nessuno prima ha mai pensato che, oltre al Morbo di Scheuermann dorsale, presente dall'età giovanile, ci fosse altra patologia soggiacente e concomitante. Senza la mia indicazione ad effettuare nel 2003 un esame di Risonanza Magnetica a livello dorsale, così come una Risonanza Magnetica a livello cervicale (malgrado il paziente già dal mese di marzo avesse fatto presente di dolori al suo medico curante, il quale si è limitato all'esecuzione di una radiografia standard) attualmente queste importanti patologie sarebbero ignote. La medicina attuale ha a disposizione, se giustamente impiegate, delle possibilità di tecniche diagnostiche che sono in grado di risolvere egregiamente e a volte definitivamente delle situazioni di incertezza o difficoltà: tant'è vero che proprio il caso del Sig. RI 1 è stato da me presentato al corso di perfezionamento dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino a _____ in novembre del 2003, facendo presente a tutti i numerosi medici generici presenti come non ci si debba limitare alla diagnosi che è riscontrabile sulle radiografie convenzionali (Scheuermann dorsale, in questo caso) ma bisogna anche pensare che vi possono essere concomitanti patologie, causa di dolore, come nel nostro caso, di ernie soggiacenti, che però vanno ricercate, o escluse definitivamente, con indagini specialistiche (Risonanza Magnetica). L'analisi più oggettiva riscontrata nei vari rapporti medici è, a mio parere, quella del neurologo Dr. _____. Cui si associa anche quella del Neurochirurgo di _____ Dr. _____. Ritengo il Sig. RI 1 inabile al 100% al suo lavoro di automeccanico. Non ritengo indicato un lavoro seduto prolungato o in piedi." (Doc. AI 45-1+2)

Unitamente a tale scritto, vi erano i seguenti referti: - scritto 8 ottobre 2003 con cui il dr. _____, Capo-servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____, ha chiesto al dr. _____ della Clinica _____ di _____ di convocare l'assicurato, così riassumendo la fattispecie: " (...) Si tratta di un meccanico 41enne originario di _____, in Ticino dal 1969 normalmente impiegato al 100% (presso il garage _____ di _____). Egli è sposato e ha 2 figli (20 / 12). È attualmente inattivo al 100% dal 21.06.'03, data alla quale, apparentemente per la prima volta, ha

sofferto di dorsalgie medio-basse acute e intense. Egli ha una storia di lombalgie basse intermittenti da una decina d'anni che, inizialmente, sono state attribuite ad un morbo di Scheuermann, affezione di cui si possono notare segni evidenti agli esami radiologici (e neuroradiologici) attuali. Non ha mai presentato vere e proprie lombo-sciatalgie o cruralgie ma da un certo tempo (disturbo difficile da datare), presenta una "diversa percezione" dell'arto inferiore sinistro nel senso di un intorpidimento fluttuante alla parte posteriore della coscia e del polpaccio. Talvolta risente, sempre a questo livello, delle sensazioni crampiformi che si risolvono rapidamente. Più recentemente ha sviluppato una tendenza (incostante) ad inciampare (probabilmente con entrambi i piedi) durante la marcia. Quest'ultima non è particolarmente limitata sebbene il paziente dichiara d'essere alquanto stanco e impedito dopo $\frac{3}{4}$ - 1 ora di cammino. La posizione seduta è mal tollerata se mantenuta in modo prolungato (infatti dopo $\frac{3}{4}$ h il paziente deve obbligatoriamente alzarsi). Le manovre di Valsalva sono globalmente negative sebbene un dolore dorsale (identico a quello sperimentato nel gennaio scorso) può attivarsi dopo starnuto. Il paziente è già stato esaminato (all'incirca 10 anni fa e durante il marzo scorso) dal Prof. _____ del servizio di neurochirurgia di _____ che avrebbe escluso, nei confronti della sintomatologia, misure neurochirurgiche. Il neuroimaging riguardante la colonna toracica è stato però effettuato il 29.07.'03 (e quindi non visto dal Prof. _____). Il paziente è stato visitato più volte dal collega reumatologo Dr. _____ e ha seguito un periodo riabilitativo a _____ tuttavia senza successo riguardo a questi dolori dorsali che hanno costantemente tendenza a riapparire non appena il paziente compie determinati movimenti e/o solleva un peso importante. A titolo d'esempio, se inizialmente il paziente (che ha l'hobby del carting) poteva revisionare due motori in una serata, ora riesce ad occuparsi di un unico motore durante tutto il giorno (a causa di costanti interruzioni dell'attività). Idem precedentemente poteva sollevare un peso di 70 kg! "a braccio", e ora un peso di 10 kg può già scatenare dei dolori dorsali notevoli. Da notare ancora una possibile respiroidipendenza di questi dolori e l'assenza di evidenti sintomi sfinterici (sebbene recentemente il paziente menzioni una pollachiuria, di difficile interpretazione). (...)" (Doc. AI 45-5+6) Egli ha poi commentato: " (...) Sebbene una parte della sintomatologia del paziente non possa essere attribuita alla fuoriuscita del materiale discale in sede toracica, altri disturbi segnalati dal paziente (e in particolare le dorsalgie acute) potrebbero derivare direttamente da questa anomalia. Il paziente è molto limitato da certi sintomi dorsali e, al lato pratico, è invalidato poiché inattivo da quasi un anno. Una domanda AI sarebbe già stata formulata e non è escluso che inizino a delinearsi alcune conseguenze psichiche dovute ai sintomi dolorosi e all'arresto lavorativo prolungato. Sebbene l'esame neurologico risulti globalmente normale e considerando taluni aspetti sintomatici (l'inciampo alla marcia in particolare), mi sembra importante che la situazione di questa ernia discale toracica sia rivista anche in un'ottica neurochirurgica. Sono cosciente che un intervento "classico" sarebbe alquanto complesso e il paziente teme una simile soluzione. Ho pensato di rivolgermi a te per vedere se, eventualmente, ritieni esistano delle alternative per la cura di questa anomalia (per via percutanea ...)." (Doc. AI 45-7) - scritto 10 novembre 2003 del PD dr. _____, FMH in neurochirurgia, del seguente tenore: " (...)

Beurteilung/Procedere: Die Situation von Herrn RI 1 ist nicht sehr einfach. Einerseits klagt er über chronische Lumbalgie und intermittierende linksseitige Ischialgie. Die neue radiologische Abklärung zeigt einen engen Spinalkanal lumbal ohne eigentliche fokale Diskusprotrusion oder Discushernie so dass man bezüglich der lumbalen Wirbelsäule sicherlich auch meiner Ansicht nach keine Operation vorschlagen sollte. Das durchgeführte

MRI zeigt eine thorakale Discushernie Th8/9 mit leichter angedeuteter Kompression des Rückenmarkes. In der neurologisch detaillierten Untersuchung kann ich keine Zeichen einer Rückenmarksschädigung im Sinne von Langbahnzeichen feststellen. Die Diskushernie ist paramedian auf der rechten Seite und erscheint diesbezüglich auf dem MRI im Sagittalbild ein bisschen grösser als sie in Wirklichkeit ist. Angesichts der fehlenden radikulären dorsalen Symptomatik als auch einer fehlenden Pyramidalsymptomatik ist eine Operationsindikation sicher nicht gegeben. In den wenigsten Fällen muss eine thorakale Discushernie operiert werden da sie sich meistens stationär verhalten und zum Teil verkalken. Eine Operationsindikation würde erst auftreten wenn eine exquisite radikuläre Symptomatik mit gürtelförmigen Schmerzen oder Pyramidenzeichen auftreten. Allgemein betrachtet glaube ich sollte man Herrn RI 1 eine IV-Umschulung anbieten da ich glaube dass er mit seinen mehrfachen Problemen kann er nicht als Automechaniker weiter arbeiten." (Doc. AI 45-4) - scritto 23 giugno 2004 del dr. _____, FMH in chirurgia generale, al dr. _____: " (...) Il paziente presenta un'importante ernia discale, nonché uno stato dopo semicastratio a destra per torsione del testicolo. Ora si lamenta da un paio di settimane di dolori nella regione inguinale di sinistra, manifestandosi soprattutto sotto sforzo. Alla visita clinica ho trovato un testicolo di sinistra senza nessun reperto patologico, non ho potuto constatare nessuna presenza di un'ernia inguinale a sinistra. Secondo me, si tratta molto probabilmente di un problema muscolare, anche se non posso escludere del tutto un piccolo concremento pre-vescicale. Ho quindi prescritto al paziente Voltaren rapid 3 volte 1 pastiglia al giorno. Nel caso i disturbi non dovessero migliorare rapidamente, propongo l'esecuzione di una TAC. In questo caso il paziente prenderà nuovamente contatto con te o con me." (Doc. AI 45-9) - referto 22 ottobre 2004 del dr. _____, Capo-servizio del dipartimento di radiologia diagnostica dell'Ospedale regionale di _____, relativo alla RMN della colonna cervicale: " (...) Conclusioni: Discopatia C5-6, soprattutto C6-7 con piccola ernia recessale foraminale destra, con possibile irritazione radicolare C7 omo-laterale. Non evidenti comunque grosse ernie responsabili di compressione midollare o segni per una mielopatia. Struma tiroideo a destra, reperto comunque da correlare anche con dati clinici e sonografici." (Doc. AI 45-10) Al riguardo, nelle sue annotazioni 17 gennaio 2005 il dr. _____ ha rilevato: " Gli attuali rapporti medici presentati dalla RA 1 non portano nuovi elementi nel caso del sig. RI 1. Faccio notare che l'ernia toracale era già ben nota in occasione della valutazione da parte del Dr. _____ del 30.7.2004. La valutazione del neurochirurgo dr. _____ non di discosta da tale valutazione: in effetti ritiene anche lui l'assicurato non più abile a svolgere l'attività di meccanico d'auto e consiglia una riformazione professionale. Va però pure menzionato che anche egli ritiene che l'ernia dorsale abbia una buona prognosi e che attualmente non esiste sicuramente indicazione ad intervento chirurgico. In conclusione si conferma valutazione come da rapporto SMR del 4.8.2004." (Doc. AI 43-1) Con l'opposizione l'assicurato ha trasmesso nuova documentazione medica: - rapporto medico 4 maggio 2005 del dr. _____, del seguente tenore: " (...) COMMENTO L'esame neurologico attuale non è indicativo dello sviluppo, nell'intervallo, di deficit neurologici focali riportabili ad una sofferenza del midollo spinale in corrispondenza dell'ernia toracale risp. ad elementi radicolari franchi relativi ad eventuali conflitti con le radici lombosacrali (non chiaramente individualizzati sulle lastre MRI). Si tratta quindi di una situazione "non chirurgica" che richiederebbe un ripensamento globale sia dal punto di vista terapeutico che assicurativo. Effettivamente mi sembra piuttosto evidente che questo p. non potrà ritornare a lavorare al 100% nella stessa attività precedentemente svolta ma che, probabilmente,

potrebbe adattarsi in una situazione di impiego a tempo parziale e, se la spettabile assicurazione AI è disposta a rivalutare il caso dato che esiste un peggioramento effettivo delle condizioni del p., disporre di una formula di parziale sostegno di invalidità. AI di fuori di alcune indagini ematologiche di base atte ad escludere un problema infiammatorio (in direzione, ad esempio, di una spondilartrite anchilosante della quale per altre il p. non presenta molti segni clinici e radiologici; di una patologia tiroidea, ...), non consiglio altre investigazioni allo stadio attuale. Sarebbe invece, ripeto, opportuno un ripensamento riguardante la situazione assicurativa del signor RI 1. Dal punto di vista terapeutico potrebbe giovare l'applicazione di un farmaco antidepressivo (a scopo antalgico), evitare eventuali abusi di NSAID e sicuramente operare in direzione di una riduzione del peso che, rispetto alle sottostanti patologie, risulta sicuramente molto fastidioso." (Doc. AI 24-3+4) - scritto 11 maggio 2005 del dr. _____ al dr. _____: " Ho ricevuto il suo rapporto riguardante il sopraccitato paziente visitato da Lei il 2 maggio. Ringrazio del rapporto. Allego a completamento dello stesso il referto di una RM effettuata dopo la sua prima valutazione che risale al 2 ottobre 2003, per ulteriori importanti disturbi, oltre che nella regione dorsale, dove sappiamo esservi una importante ernia discale, anche a livello cervicale. La diagnosi del Dr. _____ è la presenza pure a tale livello di una piccola ernia recessale foraminale destra. Non essendoci menzione di questa seconda patologia del rachide e poiché l'esame è avvenuto senza, erroneamente, mandarLe il referto, mi premuro di farlo ora, nel caso volesse eventualmente menzionarlo nel suo rapporto." (Doc. AI 24-9) - risposta 6 giugno 2005 del dr. _____ al dr. _____: " Con la presente tengo a precisare che, rispetto a quanto esposto nel mio precedente rapporto del 02.05 (in suo possesso), l'anomalia cervicale visualizzata all'MRI del 22.10.04 (la ringrazio per il referto che in effetti non possedevo al momento della stesura del detto documento) non incide significativamente a mio modo di vedere sull'insieme dei disturbi esposti da questo paziente." (Doc. AI 25-4) Al riguardo, nelle sue annotazioni 20 giugno 2005 il dr. _____ del SMR ha osservato: " In fase di opposizione, l'assicurato inoltra un rapporto del Dr. _____ Servizio di neurologia, _____) su un consulto del 2 maggio 2005 eseguito a richiesta del Dr. _____ a _____. Il Dr. _____ ha visto l'assicurato già nell'ottobre 2003. Rispetto alla precedente visita non sono documentati cambiamenti sostanziali. Anche la nuova risonanza magnetica dorsolombare non ha rilevato cambiamen_____ afferma che esiste un peggioramento effettivo senza menzionare dettagli. Il Dr. _____ conferma l'inabilità lavorativa totale per l'attività abituale di meccanico d'automobili. Egli ritiene che l'assicurato potrebbe adattarsi in una situazione di impiego a tempo parziale (...). Il caso è stato valutato in modo approfondito da Dr. _____ e da dr. _____. La valutazione della consulente in integrazione professionale rispetta le limitazioni imposte e giunge alla conclusione, la quale si esprime in un calcolo di redditi. Il nuovo rapporto a disposizione non aggiunge nuovi elementi da prendere in considerazione." (Doc. AI 22-1) In sede ricorsuale l'assicurato non ha prodotto nuovi certificati medici. 2.5. 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 (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer ■ Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM

1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). 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). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 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). 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) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/ 01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01). 2.6. Nell'evenienza concreta, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, non ha motivo di mettere in dubbio la valutazione effettuata in data 20 giugno 2005 dal SMR, sulla base delle perizie specialistiche 16 ottobre 2003 e 30 luglio 2004 del dr. _____, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati

(cfr. consid. 2.5.). L'Ufficio AI, infatti, ha affidato al SMR l'incarico di valutare le patologie dell'assicurato. In tale ambito il SMR, basandosi su quanto indicato dal dr. _____ nella perizia 30 luglio 2004 effettuata per conto della _____, ritenuta esaustiva – in cui lo specialista ha confermato la precedente valutazione 16 ottobre 2003, ritenendo l'interessato totalmente inabile al lavoro nella precedente attività di meccanico, ma pienamente abile al lavoro in attività adeguate ai suoi limiti funzionali (doc. 3-7 inc. cassa malati) – e su quanto valutato dal dr. _____ in data 27 febbraio 2004 – in cui lo specialista, constatata l'invariabilità delle condizioni rispetto alla sua precedente osservazione del 2003, ha giudicato l'interessato totalmente inabile al lavoro quale meccanico, confermando per il resto la bontà dei limiti funzionali espressi dal dr. _____ nella sua perizia (doc. AI 57-3) - è giunto alla conclusione che l'assicurato è totalmente abile al lavoro in attività leggere adeguate (doc. AI 22). L'assicurato ha contestato le conclusioni dell'amministrazione, basate unicamente su quanto valutato dal dr. _____, postulando che quanto attestato dagli specialisti da lui consultati abbia lo stesso valore probatorio dei referti “ stilati per conto di un'altra entità a carattere puramente privato ”, chiedendo il riconoscimento di una mezza rendita, potendo egli lavorare solo al 50%. Quanto alla censura relativa al fatto che il dr. _____ si sia basato esclusivamente su quanto valutato dal dr. _____ va osservato che il medico SMR ha accuratamente valutato tutta la documentazione medica agli atti, constatando in particolare che le valutazioni espresse da due specialisti in materia reumatologica, come il dr. _____ (chiamato ad esprimere un parere peritale per conto della Cassa malati) e il dr. _____ (quest'ultimo consultato dal curante dell'interessato e quindi non da un'assicurazione), giungano concordemente alle medesime conclusioni (totale inabilità lavorativa quale meccanico di auto e piena capacità lavorativa in attività adeguate, rispettose dei limiti funzionali indicati dal dr. _____, sui quali il dr. _____ concorda). Per tali motivi il dr. _____, viste le concordanti valutazioni espresse dai due reumatologi, ritenute approfondite ed esaustive, ha concluso che ulteriori indagini non fossero più necessarie. Inoltre, a sostegno della sua conclusione, il dr. _____ ha rilevato lo stesso dr. _____, consultato su richiesta del medico di fiducia dell'interessato, che aveva già visto l'assicurato nell'ottobre 2003, nel suo certificato medico 4 maggio 2005 ha esplicitamente osservato che rispetto alla precedente visita non sono documentati dei cambiamenti sostanziali e che anche la nuova risonanza magnetica dorso-lombare non ha evidenziato cambiamenti significativi rispetto all'esame precedente del 2003. Al riguardo va osservato che effettivamente nel suo certificato 4 maggio 2005 il dr. _____ ha indicato che rispetto alla sua precedente valutazione dell'ottobre 2003 il decorso “ include la persistenza di diversi sintomi oscillanti in funzione dei movimenti e degli sforzi e che, in modo relativamente costante, coinvolgono la regione lombare e dorsale ”. Lo specialista ha poi evidenziato che dall'imaging tramite MRI toraco-lombare “ non sono stati rilevati cambiamenti significativi rispetto alle investigazioni effettuate nel 2003 : si identifica quindi un'ernia discale toracica in Th 8-9 con leggera impronta sul sacco durale e posizione leggermente paramediana a destra; a livello lombosacrale non vi sono nuove patologie con significativo effetto di tipo compressivo-stenotico ” (doc. AI 24/2-3, le sottolineature sono della redattrice). Nonostante le evidenti constatazioni di una situazione tutto sommato invariata rispetto al passato, il dr. _____, nello stesso referto, ha inspiegabilmente affermato che “ esiste un peggioramento effettivo ” delle condizioni di salute dell'interessato: tale asserzione, oltre ad essere assolutamente priva di motivazione e di elementi oggettivi a sostegno, è pure chiaramente in contrasto con quanto esposto, in

maniera convincente e motivata, poco prima nello stesso certificato. Inoltre, questo presunto immotivato peggioramento di cui parla il dr. _____ non può nemmeno essere riferito ai dolori algici cervicali riferiti dal paziente: a fronte della richiesta da parte del dr. _____ di esaminare, a complemento del suo rapporto, il referto RM cervicale dell'ottobre 2004, che mostra la presenza di una piccola ernia recessale foraminale destra (referto di cui il dr. _____ non disponeva al momento della sua valutazione 2 maggio 2005), lo specialista in neurologia con scritto 6 giugno 2005 ha precisato che "rispetto a quanto esposto nel mio precedente rapporto del 2 maggio l'anomalia cervicale visualizzata all'MRI del 22.10.2004 non incide significativamente sull'insieme dei disturbi esposti da questo paziente" (doc. AI 25-4, sottolineatura della redattrice). Stanti tali precisazioni e in base alla relativa stabilità delle patologie constatate dal neurologo, questo Tribunale non può quindi ritenere, per lo meno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 126 V 360; DTF 125 V 195; DTF 121 V 208 consid. 6b; DTF 115 V 142 consid. 8b), che il presunto peggioramento cui fa riferimento il dr. _____, immotivato e incongruente con le sue stesse valutazioni, si sia effettivamente verificato e che le patologie dell'interessato necessitassero dunque di una nuova valutazione. Stante quanto precede, non vi sono quindi ragioni per ritenere errata o incompleta la valutazione del dr. _____, basata sugli approfonditi accertamenti svolti dal dr. _____ e dal dr. _____ e non smentita nemmeno dal parere del dr. _____. Inoltre, qualora con le sue censure l'assicurato intendesse anche rimproverare al medico SMR di non averlo visitato personalmente, occorre rilevare che in ambito LAINF, il TFA ha precisato che i pareri redatti dai medici della SUVA hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). Analogamente, visto come il medico SMR si fondi su validi reperti medici di specialisti e sugli esiti di indagini svolte, bisogna concludere che la sua valutazione ha valore anche se non ha visitato il paziente. Va qui inoltre ricordato che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Va infine rilevato che con il ricorso l'assicurato non ha prodotto altri certificati medici attestanti un peggioramento delle sue patologie con influsso sulla sua capacità lavorativa in attività

adeguate. Al riguardo occorre ricordare 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). Pertanto, questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuta l'amministrazione basandosi su quelle dei medici SMR, che a loro volta si rifanno ai sanitari interpellati (dr. _____ e dr. _____), specialisti nelle materie che qui interessano, i quali hanno compiutamente valutato il danno alla salute di cui è portatore l'assicurato, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla valutazione della capacità lavorativa del richiedente. In conclusione, visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni SMR, suffragate dalle risultanze delle perizie del dr. _____ e della valutazione del dr. _____, 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 al lavoro al 100% in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali. 2.7. Per quanto riguarda la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGa e quanto già esposto al consid. 2.3 che precede, 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 peritando, 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 Invalidità in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). 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 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). Nel caso in esame meritano sostanziale conferma gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione al fine di determinare il grado di invalidità dell'assicurato. In particolare, nel rapporto 18 febbraio 2005 la consulente in integrazione professionale, in merito alle attività esigibili, ha affermato quanto segue: " Il signor RI 1 ha un diploma di meccanico d'automobili ed il suo passato professionale è caratterizzato da una lunga esperienza nel settore, dove ha potuto acquisire delle competenze specifiche legate all'ambito della meccanica automobilistica, alla gestione di un'officina, così come di un'attività indipendente. Stando ai dati medico teorici, l'attività di meccanico d'automobili non risulta più esigibile in quanto troppo pesante. In questa situazione, diventa difficile immaginare un reinserimento in altre attività qualificate di settori professionali più idonei dal punto di vista della salute, in quanto l'A. ha acquisito conoscenze professionali specifiche nel settore della meccanica automobilistica. Per contro, tenuto conto delle limitazioni funzionali, l'A. potrebbe essere inserito in attività non qualificate in questo ambito professionale, per esempio come aiuto-venditore presso un magazzino di pezzi di ricambio per automobili o presso un negozio di automobili, oppure come collaboratore in un garage (ordinazione di pezzi di ricambio, contatto e gestione dei clienti, allestimento di bollettini di consegna e di fatture, immatricolazioni, piccoli lavori di manutenzione dei veicoli e vendita d'auto). Inoltre ritengo possibile un inserimento professionale anche in altre attività non qualificate e leggere, come per esempio quelle di operaio di fabbrica, custode, autista-fattorino, magazziniere, aiuto-venditore o rappresentante." (Doc. AI 39-2) In concreto, tenuto conto delle limitazioni funzionali soprattutto dal punto di vista reumatologico e vista la giurisprudenza appena esposta, questo TCA ritiene che a ragione l'amministrazione ha ritenuto che sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione vi sono delle attività esigibili da parte dell'assicurato. Specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che eretta (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. In merito al confronto dei redditi, nel rapporto finale 14 marzo 2006 il consulente IP, facendo riferimento per quanto concerne stato di salute, formazione scolastica e professionale ed attività esigibili a quanto indicato dalla sua collega nel rapporto 18 febbraio 2005 citato, ha rilevato che quale reddito da valido occorre prendere in considerazione ciò che l'assicurato avrebbe potuto guadagnare in qualità di meccanico presso _____, pari a fr. 50'400 (2004) secondo i dati comunicati dal datore di lavoro (doc. AI 9-1). Per quel che concerne

il reddito da invalido, il consulente ha indicato che il precedente datore di lavoro ha comunicato che a partire dal 1° gennaio 2006 l'assicurato ha ripreso la sua attività presso _____, con un rendimento ridotto al 50%, con mansioni di organizzazione nell'ambito dell'officina e dell'ufficio, percependo fr. 32'500. Il consulente ha tuttavia indicato che in tale attività l'interessato non sfrutta appieno la sua capacità lavorativa residua (che è del 100% in attività adeguate), motivo per il quale occorre prendere in considerazione quale reddito da invalido quello risultante dai rilevamenti statistici, pari a fr. 45'084 (tabella RSS, settore privato, maschile, categoria 4, quartile 2, abilità del 100% con riduzione del 5% per attività leggera e del 10% per scarsa adattabilità dovuta ai limiti ergonomici) (doc. AI 9-1). Il consulente IP ha agito correttamente: va infatti ricordato che 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 un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, confermato in Pratique VSI 2002 p. 64). Sulla base di tali dati, l'ufficio AI è così giunto ad un grado di invalidità dell'11% (doc. AI 9-1). Tali accertamenti e conclusioni, che sono peraltro rimasti incontestati dal ricorrente, meritano conferma. Per completezza va fatto presente che con sentenza inedita del 5 settembre 2006 nella causa P. (I 222/04), il TFA ha stabilito che "secondo la giurisprudenza, sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultante dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (cfr., tra altre, sentenza 10 agosto 2001 in re R., I 474/00, consid. 3a/aa). L'inapplicabilità dei valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regione, è di recente stata decisa dalla Corte plenaria in data 10 novembre 2005 (cfr. in tal senso sentenza 22 agosto 2006 in re K, I 424/05)". Pertanto, nella determinazione del reddito da invalido occorre d'ora in poi applicare i valori nazionali (Tabella TA1) e non più quelli regionali (Tabella TA13) come sin'ora confermato dal TCA. Tale circostanza non ha in ogni modo alcuna ripercussione sul caso in esame. In effetti, essendo i valori nazionali maggiori di quelli regionali, il grado d'invalidità risulterebbe ancora inferiore a quello stabilito in base alla tabella TA13; in entrambi i casi il tasso d'incapacità al guadagno risulta comunque essere inferiore al minimo pensionabile del 40%. Vi sto quanto precede, la conclusione dell'amministrazione di ritenere il ricorrente invalido nella misura dell'11%, essendo basata su sufficienti approfondimenti, non può che essere confermata.

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