

TI_GERICHTE 32.2003.87 vom 21. Oktober 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-10-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.87

FR: TI_GERICHTE 32.2003.87 du 21 octobre 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2003.87 del 21 ottobre 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e poiché il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b), nel presente caso sono applicabili le disposizioni in vigore a partire dal 1° gennaio 2003. Non applicabili per contro sono le nuove norme di legge introdotte a seguito della 4a revisione della LAI, entrata in vigore al 1° gennaio 2004. Per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2003, dispone che le disposizioni della LPGA (art. 1a – 70) sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se _____ ha diritto ad una mezza rendita d'invalidità. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pag. 216ss). Va precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. Va altresì rilevato che, ai sensi dell'art. 16 LPGA l'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Losanna 1985, pagg. 200 e ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare,

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

2.4. La giurisprudenza permette, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, che la graduazione dell'invalidità avvenga eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag.123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 104 V 138; ZAK 1987 p. 260s. consid. 2a; DTF 105 V 151). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag.123 consid. 1a). Nella prassi il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente. Nel caso di un indipendente, il TFA ha precisato che il raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c).

2.5. Con rapporto medico datato 12 giugno 2002, il Dr. _____, medico curante dell'assicurato, ha osservato: " (...) 1. Trattamento

dal 17.5.1989 al da stabilire 2. Ultima consultazione del 05.06.20 02 3. Anamnesi 4. Disturbi soggettivi 5. Costatazioni 6. Esami specialistici 7. Provvedimenti terapeutici / prognosi Il paziente è da anni in mia cura per le due ernie discali operate. Ultimamente accusa più disturbi nella regione cervicale con anche dolori notturni più dolori carico-dipendenti e a dipendenza della posizione. Si sottopone regolarmente a trattamenti fisioterapici, parzialmente anche in maniera stazionaria per esempio a _____. Inoltre necessita di trattamento medicamentoso con Voltaren Vioxx e per i disturbi del sonno dovuti ai dolori necessita di un sonnifero. Clinicamente: mobilità leggermente ridotta. Diversi punti con dolenzia locale. Test di Lasègue negativo. Valutazione : il paziente riesce solo a realizzare una capacità lavorativa del 50%. Vi prego di voler convocare il paziente per una valutazione da parte vostra." (Doc. _) Il Prof. _____, primario del servizio di neurochirurgia all'Ospedale regionale di _____, dove l'assicurato ha subito, nel maggio 2000, l'intervento di discectomia cervicale, nel rapporto 23 settembre 2002 si è così espresso: " Costatazioni mediche: Questo paziente, sottoposto nel 1989 ad un intervento di ernia discale lombosacrale ds con buon risultato funzionale, è stato nuovamente degente nel nostro Servizio nel periodo dal 4.5.2000 al 10.5.2000 per una radicolopatia iperalgica invalidante C6 ds in presenza di un'ernia discale lussata. Il 05.5.2000 egli è stato sottoposto ad un intervento microchirurgico con discectomia C5/C6 da ds. L'evoluzione è stata immediatamente favorevole e alla dimissione i dolori radicolari erano regrediti. All'ultimo controllo ambulatoriale del 5.6.2000 il decorso rimaneva eccellente, il paziente non presentava più disturbi di carattere radicolare e conduceva una vita normale. Sulla base di queste costatazioni il caso venne ritenuto chiuso dal punto di vista neurochirurgico. Da allora non disponiamo di ulteriori informazioni sul paziente. In tale contesto è del tutto sorprendente che venga inoltrata una richiesta di prestazioni all'AI e riteniamo indispensabile che egli venga rivalutato seriamente in Agenzia per stabilire quali siano le ragioni di questa richiesta. Non bisogna infatti dimenticare che il signor _____ esercita un'attività leggera (assicuratore) che può pianificare individualmente. In ogni caso, dal punto di vista neurochirurgico, non esiste alcun argomento a sostegno di questa procedura." (Doc. _) Nel caso in esame, l'amministrazione, in considerazione della discrepanza tra la valutazione del medico curante, Dr. _____, in merito all'incapacità lavorativa del paziente stimata del 50% (cfr. doc. _) e la valutazione del neurochirurgo curante, Prof. _____, il quale ha ritenuto l'assicurato abile al 100% dato l'eccellente decorso post-operatorio e l'attività svolta, fisicamente leggera (cfr. doc. _), ha ordinato l'esecuzione di una perizia reumatologica, affidata al Dr. Med. _____, FMH in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, al fine di accertare l'effettivo stato di salute dell'assicurato e le eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa (cfr. doc. _). Nel rapporto 24 gennaio 2003 lo specialista, dopo aver proceduto ad un'esauriente e dettagliata anamnesi, nonché alla valutazione dei dati soggettivi ed oggettivi, ha posto la seguente diagnosi: " (...) 4.- DIAGNOSI - Esiti da operazione per ernia discale C5/6 a destra per sindrome radicolare irritativa-iperalgica con discectomia, rimozione di un lussato discale libero e decompressione ossea (05.05.2000); anamnesticamente cervicalgie residuali in presenza di una fusione secondaria completa del segmento C5/6 ed alterazioni degenerative C4/5 (osteocondrosi) - Sindrome lombovertebrale cronica e recidivante, attualmente di lieve entità, in stato dopo erniectomia e discectomia microchirurgica L5/S1 a destra (28.12.1989) con osteocondrosi e corrispondente spondilartrosi L5/S1, rispettivamente condrosi tra L2 ed L4. 5.- GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN PERCENTUALE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITÀ' ABITUALE

SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Il paziente ha subito due interventi per ernia discale, un primo risalente al 1989 in sede lombare con allora una lombosciatalgia a destra dovuta ad un conflitto discoradicolare S1, un secondo nel maggio 2000 al livello C5/6 per una sindrome radicolare iperalgica causata da un lussato erniario libero. Al livello lombare l'evoluzione postoperatoria era caratterizzata inizialmente da dolori lombosacrali persistenti che hanno dato luogo a nuovi accertamenti neuroradiologici con una prima MRI dopo un anno dall'intervento, esame che mise in evidenza referti postoperatori regolari; una seconda MRI del 1994 ha mostrato invece un tessuto focale in sede epidurale di L5/S1 a destra senza arricchimento nell'esame con mezzo di contrasto, di natura incerta (tessuto cicatriziale? recidiva di ernia?); la sofferenza lombosacrale venne comunque ritenuta più di origine osteoarticolare in presenza di un conflitto meccanico delle articolazioni vertebrali posteriori L5/S1 (Professor R. _____, _____, valutazione del 04.02.1994). Vennero consigliate ulteriori misure conservative sotto forma di sedute di fisioterapia. Al livello cervicale l'evoluzione postoperatoria era più favorevole al punto che il chirurgo riferì di un decorso "eccellente" senza sintomatologia radicolare residuale e senza limite funzionale rilevante della colonna cervicale (Professor _____, sua valutazione del 23.06.2000). Il paziente riferisce di disturbi residuali che sarebbero all'origine di una capacità lavorativa limitata quale assicuratore indipendente. L'impedimento maggiore sarebbe una stanchezza della schiena alla quale si associa una sensazione di tensione muscolare lungo tutto il rachide che gli rende difficile la presenza normale in ufficio, rispettivamente le trasferte dalla clientela. Gli sarebbe in particolare impossibile assumere posizioni statiche per oltre mezzora circa con difficoltà nell'assistere a delle riunioni o simile. Avverte dolori al passaggio cervicotoracale irradianti nel cinto scapolare, specialmente nella seconda parte della giornata, abbinati ad una sensazione di bloccaggio senza insorgenza di limiti funzionali veri e propri (torcicollo o simile). In sede lombare vi sono difficoltà nell'alzarsi dal letto di mattina quando si sente rigido; verso sera appare una sensazione di debolezza nelle gambe come se volessero cedere. Non vi sono dolori negli arti. Nell'esame clinico trovo un paziente 52enne in condizioni generali buone che presenta modiche alterazioni statiche del rachide (diminuite le curvature fisiologiche), senza impedimento significativo della mobilità vertebrale, né del tratto cervicale né di quello lombare. L'esame segmentale al livello cervicale non mostra della zone d'irritazione in presenza di un blocco C5/6. Non vi è un evidente disequilibrio muscolare e non vi sono delle tendomiosi in tutto il cinto scapolare. Al livello lombare noto invece una modica sindrome vertebrale caratterizzata da un ipertono della muscolatura paralombare, specialmente a sinistra in presenza di tendomiosi gluteali più a sinistra che a destra con punti trigger nel muscolo gluteo medio. La mobilità delle sacroiliache appare regolare. Non vi sono fenomeni spondilogeni o radicolari negli arti inferiori. Assenza pure di segni clinici in favore di una instabilità segmentale. Le radiografie a disposizione mostrano al livello cervicale una fusione spontanea secondaria del segmento C5/6 in uno stato dopo discectomia. Il segmento sovrastante (C4/5) presenta un'ostecondrosi con reazioni spondilolitiche in sede anteriore, documentata già prima dall'intervento (RX 20.04.1999, vedasi punto 3.4.), senza ulteriore evoluzione anche dopo l'operazione. Il restante referto risulta normale. Al livello lombare vi sono alterazioni degenerative plurisegmentali con accento all'altezza L5/S1 dove si è sviluppata un'ostecondrosi con corrispondente spondilartrosi già nel 1998, quadro che da allora appare stazionario. Vi sono inoltre delle discopatie anche al livello L2/3 ed L3/4, anch'esse senza progressione dal 1998 in poi. Su radiografie recenti del bacino si intravedono minimi segni di una coxartrosi

caudale a sinistra senza impedimento clinico, essendo la mobilità coxo-femorale simmetrica e normale. Il referto morfologico è quindi da ritenere ininfluenza sulla valutazione della capacità lavorativa. Alla luce delle constatazioni cliniche attuali ed in base alla presente documentazione radiologica posso confermare che il signor _____ presenta un limite della caricabilità fisica e più precisamente del rachide. Gli impedimenti non riguardano le funzioni vertebrali che risultano sostanzialmente normali per l'età ma concernono piuttosto una capacità ridotta nello assumere posizioni corporee statiche che devono essere interrotte regolarmente: in piedi o seduto in posizioni ergonomiche corrette dopo un massimo di un'ora, seduto in poltrone ecc. dopo mezzora circa, lavorando davanti ad uno schermo dopo mezzora circa, viaggiando in macchina dopo mezzora circa. Le pause necessarie sono comunque di breve durata (5-10 minuti). Non vi sono impedimenti negli spostamenti (su terreni piani o sconnessi, sulle scale) o nell'uso delle braccia (ad eccezione di lavori manuali sopra la testa che richiedono una estensione massimale della colonna cervicale, posizione da evitare). Il paziente dovrebbe infine evitare l'alzare pesi dal suolo superiori a 10 kg circa, rispettivamente l'assumere posizioni di flessione/rotazione con il tronco (lavori manuali al di sotto dell'altezza di un tavolo, ecc.). L'influsso degli impedimenti sulla capacità lavorativa appare relativamente modesto, essendo l'attività lavorativa del paziente fisicamente poco impegnativa. Le mansioni sono variabili e possono almeno in parte essere organizzate autonomamente. Tenuto conto della descrizione del paziente di come svolge la sua attività di assicuratore credo di poter affermare che l'incapacità lavorativa data dai danni all'apparato locomotorio raggiunge al massimo il 20%. Lo stato attuale riflette la situazione a partire da circa tre mesi dall'ultimo intervento del maggio 2000 ed è da ritenere definitivo.

6.- **POSSIBILITÀ DI MIGLIORARE LA CAPACITÀ DI LAVORO** Dato che l'impedimento maggiore del paziente riguarda una resistenza muscolare limitata del rachide egli necessita del proseguimento delle misure riabilitative (ginnastica) che consiglio di abbinare ad un programma di fitness in palestra, ciò che servirà almeno a mantenere le condizioni attuali se non a migliorare ulteriormente le capacità fisiche e con questo anche la capacità di lavoro. Non vi sono invece implicazioni chirurgiche del caso. L'attività lavorativa svolta è da ritenere idonea alle condizioni fisiche del paziente. Non si impongono misure reintegrative. Il signor _____ non necessita di mezzi ausiliari." (Doc. _) Nella "proposta segretario-ispettore" datata 18 febbraio 2003 il funzionario incaricato ha osservato: " Vedasi precedenti proposte e perizia specialistica del Dr. _____ del 22.01.2003. Da quest'ultima risulta un'IL massima del 20% nella sua abituale professione a partire dal mese di maggio 2000. Secondo queste conclusioni, dunque, l'A. avrebbe avuto diritto, stando a quanto attestato dal Dr. _____ nel suo rapporto del 12.06.2002, ad un ¼ di rendita dall'1.04.2000 al 31.08.2000, 3 mesi dopo il miglioramento dello stato di salute (come indicato dallo specialista nella sua perizia), ma, poiché la domanda (datata 23.05.2002) risulta tardiva (art. 48 cpv. 2 LAI), il versamento della prestazione non può essere effettuato e, di conseguenza, la richiesta è da respingere." (Doc. _) Nella "proposta medico" 19 febbraio 2001 il Dr. _____ ha rilevato: "(...) Diagnosi: - Stato dopo operazione per ernia discale C5/6 a destra per sindrome radicolare irritativa-iperalgica con discectomia in rimozione di un lussato discale libero e decompressione ossea il 5.5.2000; anamnesticamente cervicaglia residuale in presenza di una fusione secondaria completa del segmento C5/6 ed alterazione degenerativa C4/5 - Sindrome lombovertebrale cronica e recidivante, attualmente di lieve entità in stato dopo erniectomia e discectomia microchirurgica L5/S1 a destra il 28.12.1989 con osteocondrosi e corrispondente spondilartrosi L5/S1, rispettivamente condrosi L2-L4 Professione: assicuratore IL: 100%

dal 6.4.2000 Perizia Dr. _____ 22.1.2003: IL al massimo 20% nell'attività abituale dopo 3 mesi dall'intervento del 5.5.2000, attività idonea, quindi non indicati provvedimenti professionali. In conclusione: IL 100% dal 6.4.2000 al 5.8.2000 per peggioramento capacità lavorativa dovuta alle ernie discali, in seguito come da perizia Dr. _____ IL 20% massimale, inabilità presente già negli anni precedenti in seguito alla patologia lombare che è rimasta invariata negli ultimi anni. Procedere: rifiuto rendita e rifiuto provvedimenti professionali essendo attività adeguata e capacità lavorativa non migliorabile con provvedimenti professionali o sanitari." (Doc. _)

Accertato che l'assicurato può continuare la sua precedente attività di titolare di un'agenzia di assicurazioni nella misura dell'80%, l'amministrazione ha quindi negato l'erogazione di una rendita.

2.6. Va ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189).

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b/cc), cfr. U. Meyer■Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, pag. 111).

2.7. Nell'evenienza concreta, l'assicurato oppone alla perizia reumatologica il rapporto 29 aprile 2003 inviato dal Dr. Med. _____, FMH in neurochirurgia, al suo medico curante, Dr. Med. _____, FMH in medicina generale, del seguente tenore: " La informo sul Suo soprannominato paziente che mi ha consultato il 07.04.03 e che ho rivisto in data odierna dopo aver provveduto per una RM del rachide cervicale. Come Lei sa avevo visto il paziente in precedenza nel 1999, per una patologia cervicale a livello C5/6

con un'irritazione radicolare C6 a destra in presenza di un'ernia laterale. In maggio del 2000 il paziente è stato operato all'Ospedale _____ tramite una discectomia per via anteriore, ma senza fissazione. In seguito all'intervento, la sintomatologia acuta è senz'altro regredita ma persistono dolori cronici a livello cervicale ed in parte anche al braccio destro, che hanno portato ad un'incapacità lavorativa del 50%. All'esame clinico attuale noto una mobilità della testa leggermente ridotta e indolente. Palpazione del rachide cervicale e della muscolatura paracervicale indolente. L'esame neurologico delle estremità superiori risulta normale. I radiogrammi cervicali confermano una discopatia C4/5 e C6/7. Presenza di un'importante discopatia degenerativa C5/6 con perdita completa della lordosi fisiologica, per cui c'è un evidente sovraccarico del segmento C4/5 e C5/6. La RM eseguita recentemente conferma le discopatie C4/5 e C6/7 con la presenza di un prolasso laterale a destra C4/5 e rottura dell'anulo fibroso. A livello C6/7 presenza di una discopatia, ma con il disco ancora normale. Il segmento C5/6 presenta un bulging discale o comunque quel che rimane del disco con una persistente stenosi del recesso e del foramine C6 a destra. In considerazione di quanto sopra, si può certo affermare che questa situazione radiologica andrà progressivamente peggiorando, per cui prima o poi il segmento C4/5 e C6/7 decompenseranno completamente. A lungo termine, un secondo intervento a livello cervicale è probabile." (Doc. _) Successivamente il Dr. _____, con rapporto 21 novembre 2003 inviato al rappresentante dell'assicurato, si è così espresso: " Come da Lei richiesto La informo sul soprannominato paziente. Trattasi di un paziente che conosco da maggio del 1999. A quell'epoca il paziente accusava dolori al braccio destro ed in sede cervicale. Il paziente riferiva di essere stato operato in precedenza per un'ernia del disco lombosacrale con persistenza di dolori lombari, ma non eccessivi. Dopo quest'intervento al rachide lombare, il paziente era rimasto inabile al lavoro. Nel 2000 la situazione cervicale era peggiorata, per cui il paziente si rivolgeva presso l'Ospedale _____ dove aveva luogo un intervento a livello C5/6. Rivedevo il paziente in aprile del 2003. In quell'occasione accusava dolori cervicali. Da oltre un anno il paziente risultava inabile al lavoro nella misura del 50% per questa problematica. Provvedevo ad una RM del rachide cervicale che confermava delle discopatie C4/5 e C6/7 ed uno stato dopo fissazione intersomatica per via anteriore a livello C5/6. Il paziente riferiva inoltre di lievi dolori lombari, ma senza irradiazione alle gambe, lavorava ancora al 50% ed aveva inoltrato richiesta all'Al, la quale aveva respinto una rendita del 50% basandosi su una valutazione del Dr. med. _____ che riconosceva un'incapacità lavorativa solo del 20%. Ora intendo rispondere alle domande da Lei formulate nel Suo recente scritto. 1. Qual è il grado d'incapacità lavorativa del Signor _____, tenendo conto sia dei disturbi al rachide cervicale sia della sindrome lombovertebrale cronica e recidivante? Dopo l'intervento al rachide cervicale il paziente è restato per oltre un anno inabile al lavoro in misura piena. Poi ha ripreso il lavoro al 50% ed è stato interrotto dopo l'intervento a livello cervicale. In seguito il paziente ha ripreso nuovamente a lavorare al 50%. Quest'incapacità lavorativa del 50% persiste tuttora. Tenendo conto degli esami clinici, che hanno avuto luogo nel mio studio dal 1999 ad oggi, posso confermare la presenza di discreti disturbi cervicali e lombari con mobilità ridotta del rachide cervicale e lombare, ma in assenza di problemi neurologici. Tenendo quindi conto degli esami clinici e degli esami neuroradiologici ed in considerazione del lavoro svolto dal paziente, penso che un'incapacità lavorativa in un'attività confacente ed ergonomicamente favorevole si aggiri fra il 40 ed il 50%. In un'attività ergonomicamente sfavorevole e pesante, l'incapacità lavorativa sarebbe senz'altro almeno del 50%, eventualmente anche oltre. 2. In considerazione che il Signor _____

nello svolgere la sua attività professionale deve rimanere seduto, è possibile indicare dal profilo medico quanto tempo egli possa rimanere ininterrottamente nella posizione seduta? Ritengo che sia difficile poter indicare con esattezza quanto tempo il paziente possa rimanere in una posizione statica, in modo particolare seduto. Si tratta di una situazione molto individuale che presenta, fra i molti pazienti che personalmente conosco, una grande variabilità. Tuttavia tenendo conto del fatto che il paziente è venuto da me prevalentemente per problemi cervicali, mentre la lombalgia era solo di second'ordine ritengo che, se il paziente avesse la possibilità di disporre di una sedia ergonomicamente ben configurata, potrebbe restare seduto sicuramente per un periodo di 2-3 ore, forse anche oltre. 3. Rimanendo il Signor _____ nella posizione seduta per parecchio tempo, possono dal profilo medico subentrare delle ripercussioni sul suo stato fisico, p.es. dei disturbi? Restando seduto per lungo tempo e su una sedia non ergonomicamente adatta ai problemi della schiena, suppongo che a partire da qualche ora possano subentrare dei dolori locali lombari che comunque rimettendosi in movimento dovrebbero rapidamente regredire. 4. Dal profilo medico, può il Signor _____ nella sua attività professionale tenere il ritmo di 5-6 incontri giornalieri con clienti, comportanti per il mio cliente il rimanere nella posizione seduta per parecchie ore? Probabilmente dopo ogni cliente il paziente ha la possibilità di rimettersi in movimento, per cui indubbiamente la possibilità di recupero è senz'altro presente. Non sono in grado di valutare se il Signor _____ prenda i suoi clienti in maniera continua senza un attimo di tregua. Qualora questo fosse, è ovvio che il Signor _____ dovrebbe ridurre il numero degli incontri giornalieri. 5. Il fatto che il Signor _____ si rechi in auto dai clienti, costituisce dal profilo medico un ulteriore elemento per un aggravamento dei disturbi da lui presentati? Qualora le distanze da percorrere in auto non superino una mezzora od un'ora di macchina, ritengo che questo non rappresenti un impedimento rilevante. Suppongo inoltre che il paziente debba recarsi in una giornata da 5-6 clienti. 6. Ammessa la possibilità di alternare - nell'esercizio dell'attività professionale - la posizione seduta a quella eretta, per quanto tempo può, dal profilo medico, il Signor _____ rimanere nella posizione eretta, tenendo conto sia dei disturbi al rachide cervicale sia della sindrome lombovertebrale cronica e recidivante? Poiché la discopatia è una malattia cronica discale che si manifesta in maniera sgradevole prevalentemente in posizioni statiche, è ovvio che fra la posizione eretta e seduta non c'è una grande differenza per quel che riguarda l'induzione di dolori al rachide lombare. Per questa ragione ritengo che se il paziente svolge un'attività restando in piedi fermo sul posto ci sarà una limitazione. Qualora però il paziente abbia la possibilità di alternare fra posizione eretta e seduto o muoversi regolarmente restando in piedi, penso che la limitazione sia ridotta. 7. Rimanendo il Signor _____ per parecchio tempo nella posizione eretta, quali ripercussioni possono subentrare sul suo stato fisico? In presenza della discopatia del segmento operato, i disturbi che il paziente può accusare sia in posizione seduto sia in posizione eretta sono dei disturbi lombari locali che tendono però rapidamente a regredire cambiando posizione o rimettendosi in movimento. A questo punto mi permetto di accennare che essendo il Signor _____ stato operato ben due volte all'Ospedale _____, ritengo che questa sia l'istanza che meglio di tutti è in grado di fare una valutazione della capacità lavorativa residua del paziente. Vorrei far notare che il Signor _____ mi ha consultato per problemi prima cervicali e poi lombari, ma nel momento del maggior bisogno si è poi rivolto all'Ospedale _____ per i suddetti interventi. Personalmente non ho le possibilità di fare una valutazione corretta del decorso postoperatorio sia del primo che del secondo intervento e di valutare i problemi che sono

apparsi in seguito a questi interventi. Sono quindi dell'opinione che una valutazione presso il Prof. _____ potrebbe fornire dati più dettagliati e precisi per quanto riguarda lo stato di salute del paziente e l'effettiva abilità lavorativa residuale." (Doc. _) Orbene, questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto nella propria perizia il Dr. _____, specialista delle affezioni invalidanti di cui il ricorrente è portatore, dopo aver preso in considerazione tutte le patologie di cui quest'ultimo è affetto (esito da operazione per ernia discale C5/6 a destra; cervicalgie residuali e sindrome lombovertebrale cronica e recidivante). Infatti, il perito ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla capacità di lavoro. Lo specialista ha valutato il ricorrente inabile al massimo al 20% nella sua professione di titolare di un'agenzia di assicurazioni (ritenendo relativamente modesto l'influsso degli impedimenti sulla sua attività lavorativa, fisicamente poco impegnativa), escludendo l'esecuzione di provvedimenti integrativi volti ad aumentare la capacità lavorativa, considerato che l'attività lucrativa svolta è idonea alle condizioni fisiche del paziente (cfr. doc. _). Questa valutazione specialistica - alla quale, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.6.), deve essere attribuita forza probatoria piena - non è contraddetta da quanto certificato dal Dr. _____, medico curante dell'assicurato - che secondo la giurisprudenza, come ricordato in precedenza (cfr. consid. 2.6.), non va dimenticato, in dubbio, attesta a favore del suo paziente. Il curante ha infatti indicato che in seguito all'intervento chirurgico del maggio 2000 la sintomatologia acuta dell'assicurato è regredita, ma i dolori cronici a livello cervicale che hanno continuato a persistere hanno comportato un'incapacità lavorativa del 50% - omettendo tuttavia di specificare le ragioni di tale percentuale - e potrebbero portare ad un ipotetico e progressivo futuro peggioramento della situazione radiologica dell'assicurato (cfr. doc. _); lo stesso medico, in uno scritto successivo, ha poi indicato che, in considerazione del lavoro svolto, l'incapacità lavorativa dell'assicurato, in un'attività confacente ed ergonomicamente favorevole, si aggira fra il 40% e il 50%, mentre in un'attività ergonomicamente sfavorevole e pesante sia senz'altro almeno del 50% (cfr. doc. _). Da notare, al riguardo, che il medico curante è giunto ad una percentuale d'inabilità lavorativa superiore a quella del 20% valutata dal perito, partendo dagli stessi presupposti, ovvero che gli impedimenti dell'assicurato non sono legati a problemi neurologici, ma concernono piuttosto una capacità ridotta nell'assumere posizioni corporee statiche che devono essere interrotte regolarmente con pause di breve durata (in piedi o seduto in posizioni ergonomiche corrette dopo un massimo di un'ora, secondo il perito, dopo due o tre ore secondo il curante; seduto in poltrone ecc. dopo mezzora circa, secondo il perito, dopo qualche ora secondo il curante; viaggiando in macchina dopo mezzora circa, secondo il perito, dopo mezzora o un'ora secondo il curante). Occorre poi notare per inciso che il Prof. _____, primario del servizio di neurochirurgia all'Ospedale regionale di _____, indicato dal Dr. _____ nello scritto del 21 novembre 2003 (cfr. doc. _) quale esperto cui sarebbe stato opportuno richiedere una valutazione del decorso postoperatorio dell'assicurato, dato che gli interventi chirurgici sono stati effettuati presso il citato ospedale, nel rapporto datato 23 settembre 2002 aveva osservato di ritenere del tutto sorprendente che sia stata inoltrata una richiesta di prestazioni AI da parte dell'assicurato - procedura che dal punto di vista neurochirurgico non è giustificata - considerata l'evoluzione immediatamente favorevole del paziente e il decorso eccellente (cfr. doc. _; cfr. consid. 2.5.). Inoltre, questo Tribunale ritiene che la valutazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare

l'incapacità al guadagno dell'assicurato, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti concreti volti a stabilire la riduzione di rendimento nell'attività svolta dall'interessato (cfr. consid. 2.4). 2.8. Pendente causa l'insorgente ha trasmesso al TCA il rapporto medico 20 gennaio 2004 del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. _), il quale ha risposto ad alcuni quesiti postigli dal rappresentante dell'assicurato (cfr. doc. _). Il Dr. _____, che ha in cura l'assicurato dal 27 maggio 2003, ha rilevato che _____ ha subito un episodio depressivo con sintomi biologici, forse in parte reattivo alla problematica ortopedica, attestando un'inabilità lavorativa allo stato attuale del 50%. Lo specialista ha così risposto ai singoli quesiti posti dall'avv. _____: " Rispondo volentieri alla sua lettera del 2.12.03 in relazione al contenzioso tra il signor _____ e l'assicurazione invalidità. Sto seguendo il paziente dal 27.5. dell'anno scorso in via di cura dal Dr. _____, medico curante, per una valutazione di uno stato psicologico alterato reattivo ai postumi di due interventi per ernia discale (nel 1989 L5 e nel 2000 C5-C6). Il collega segnalava inoltre disturbi del sonno, ansia e disturbi neurovegetativi, come conseguenza di uno stato doloroso cronico legato alle alterazioni della colonna ed ai due interventi subiti. Per questo motivo ho iniziato da subito un trattamento antidepressivo, ansiolitico ed ipnotico, sia per innalzare la soglia del dolore e quindi aumentare la sopportabilità del disturbo doloroso cronico, che per migliorare le condizioni timiche dell'interessato che appariva francamente depresso. Dopo questa premessa passo a rispondere ai suoi quesiti specifici. 1. È ravvisabile, nelle problematiche accusate dal signor _____, una componente psicologica o psichiatrica da stress? Ritengo che il signor _____ abbia subito un episodio depressivo con sintomi biologici (ICD 10 F 32.11) forse in parte reattivo alla problematica ortopedica ma non solo. Esistono infatti elementi che fanno pensare alla personalità premorbosa del paziente, ad una struttura piuttosto rigida, con alcuni tratti ossessivi, molto legata ad un concetto di ordine, correttezza ed ad una certa pignoleria che, secondo la mia impressione, sono elementi di difesa messi in atto per fuggire da una condizione profonda di frustrazione e depressione. È possibile che la vicenda ortopedica abbia scombussolato questa sovrastruttura di compenso, determinando l'apparizione della sindrome clinica conclamata. 2. In virtù dell'impegno di dover conseguire gli obiettivi prefissati dalla _____, presenta l'assicurato le seguenti sintomatologie: a) affaticabilità mentale risp. una diminuzione concentrazione (elevata spassatezza mentale)? b) eventuale deficit della capacità di concentrazione nell'arco di tutta la giornata (disturbi legati alla concentrazione e all'attenzione)? c) una ridotta capacità di conservare un atteggiamento positivo e gioviale verso la clientela, dati i disturbi lombari e principalmente cervicali? d) una componente di stress determinata dal fatto di lavorare come indipendente? Come conseguenza di quanto appena scritto, questo ha determinato una diminuzione importante della capacità lavorativa del paziente come assicuratore responsabile di un'agenzia Winterthur. In particolare, rispondendo ai punti a, b, c, d, come in tutti i disturbi depressivi, abbiamo osservato una riduzione delle capacità di attenzione e concentrazione, una diminuzione della fiducia in se stesso e dell'autostima, pensieri di incapacità, una visione pessimistica e preoccupata del futuro, una certa eteroaggressività particolarmente in famiglia, disturbi del sonno e per finire disturbi dell'alimentazione, nel senso di una diminuzione dell'appetito. 3. Può lo stress determinato dal dover far fronte alle spese dell'Agenzia, di cui è titolare, interagire con i disturbi cervicali e, più genericamente con i disturbi alla schiena, accentuando la situazione psicologica e psichiatrica dell'assicurato? Questa condizione psicologica depressiva interconnessa con i problemi somatici ortopedici, particolarmente il dolore, può determinare uno stato di circolo

vizioso autoalimentatosi, che non fa che aumentare la percezione sia dolorosa che depressiva, portando l'interessato in una condizione di costante allarme. 4. Reputa necessaria la valutazione da parte di un ergoterapista (quale ad es. _____)? Ritengo che la valutazione da parte di un ergoterapista possa essere sicuramente utile per il paziente, permettendogli di sviluppare strategie adattative al disturbo doloroso. 5. Ritene che sussistano dei provvedimenti da poter adottare in ambito lavorativo da parte del signor _____? Sarebbe d'aiuto l'utilizzo di una sedia che gli permetta una posizione ergonomicamente corretta? Vi sono ulteriori metodi che possano essere in grado di coadiuvare la posizione in tal senso? Su questo punto lascio la valutazione allo specialista competente. 6. Può essere ritenuto che i dolori fisici alla cervicale ed alla schiena, accusati dall'assicurato, siano in grado di generare una spossatezza mentale, tale da incidere sulla concentrazione del medesimo? Sì. Vedi sopra. 7. Ritene che dal profilo medico possano crearsi degli scompensi umorali tali da incidere direttamente o, per lo meno significativamente, nell'ambito lavorativo? Il rischio grave dei disturbi depressivi è la possibilità di sviluppare nuovi episodi, anche più gravi e in certi casi la possibilità di cronicizzarsi, determinando periodi di parziale o completa incapacità al guadagno. 8. Reputa che l'ansia di non riuscire nell'intento prefissato dalla _____, a causa delle diverse problematiche che attanagliano il signor _____, possa verosimilmente infierire sullo stato mentale del medesimo? Se sì, quali potrebbero essere le relative conseguenze? Il paziente durante la mia osservazione ha avuto sicuramente una diminuzione della capacità al guadagno almeno della metà, dovuto all'episodio depressivo, considerando anche che nella particolarità della condizione lavorativa, dipendente di un'assicurazione ma in qualche modo in proprio, una incapacità lavorativa superiore che sicuramente c'è stata anche prima della mia osservazione, non ha potuto essere certificata per l'ovvio motivo di un dissesto finanziario per il paziente, altro argomento che autoalimenta il quadro. In sostanza ritengo che il paziente abbia attualmente un'incapacità lavorativa al 50% e che in passato la percentuale sia stata superiore. Non credo che questa condizione sia compatibile con gli impegni dell'interessato con la compagnia Winterthur e ritengo che per la salute del paziente sia importante scioglierlo al più presto da questo vincolo contrattuale, inserendolo con un tempo parziale in un altro posto lavorativo presso la stessa assicurazione. Questa ritengo sia, insieme alla continuazione della terapia medica, l'unica possibilità per il signor _____ di ritrovare un equilibrio timico soddisfacente ed evitare aggravamenti e cronicizzazioni sempre possibili." (Doc. _) Il rapporto medico del Dr. _____ è stato trasmesso all'UAI, che al riguardo ha osservato che solo in sede ricorsuale l'assicurato si è riservato, al fine di meglio comprovare l'incapacità lavorativa, di contattare successivamente il citato specialista, per ottenere un rapporto dettagliato relativo alle problematiche psichiche derivanti dai disturbi alla cervicale, senza che mai, in precedenza, neanche in sede di opposizione, tali problemi fossero già stati messi in evidenza (cfr. doc. _). L'amministrazione ha in ogni caso rilevato che la valutazione specialistica citata non attesta un danno alla salute psichiatrico di carattere invalidante nel periodo interessato dalla decisione su opposizione impugnata, ma indica che l'assicurato avrebbe conosciuto un episodio depressivo e che la vicenda ortopedica avrebbe agito sulla sua personalità determinando l'apparizione della sindrome clinica conclamata, comportando un'incapacità lavorativa del 50% (cfr. doc. _). Sempre pendente causa, il ricorrente ha inviato al TCA il certificato medico, datato 19 gennaio 2004, redatto dal suo medico curante, Dr. _____, del seguente tenore: " Il paziente a margine è in mia cura da maggio 1989 per le seguenti diagnosi: - Sindrome lombovertebrale recidivante dopo

operazione ernia discale L5 - Sindrome cervicobrachiale recidivante dopo discectomia cervicale C5-C6 per radicolopatia invalidizzante a destra - Rinopatia cronica con deviazione del setto nasale - Stato dopo faringite - Stato dopo ernioplastica inguinale a sinistra - Tonsillectomia - Ipercolesterinemia trattata Inabilità lavorativa: 50% dal 25.02.2002 Decorso: il paziente si è sottoposto a vari trattamenti fisioterapici nell'ambito dei due interventi operatori per ernia discale. In più si è sottoposto a diversi trattamenti fisioterapici stazionari in varie località. Situazione attuale: persistono dolori in sede cervico-dorsale come anche in sede lombo-vertebrale. Valutazione: a mio parere esiste una invalidità del 50%." (Doc. _) Nel succitato suo precedente rapporto 12 giugno 2002 il Dr. _____ aveva constatato che il paziente lamentava dolori nella regione cervicale, comportanti anche dolori notturni, oltre a dolori carico-dipendenti a dipendenza della posizione, a causa delle due ernie discali operate nel 1989 e nel 2000 (cfr. doc. _). Nella perizia allestita in data 24 gennaio 2003 il Dr. _____ aveva indicato che l'assicurato, che è stato sottoposto a due interventi per ernia discale, presenta un limite della caricabilità fisica, in particolare del rachide; egli presenta una capacità ridotta nell'assumere posizioni corporee statiche, che devono essere interrotte regolarmente, per una breve durata (5-10 minuti); non presenta impedimenti negli spostamenti o nell'uso delle braccia; deve evitare di alzare pesi dal suolo superiori a 10 Kg e di assumere posizioni di flessione e rotazione del tronco (cfr. doc. _). Considerando i disturbi presentati dall'assicurato, lo specialista è giunto alla motivata conclusione che l'assicurato, nella sua professione di assicuratore - attività fisicamente poco impegnativa e dunque idonea alle condizioni fisiche del paziente - deve essere ritenuto inabile al lavoro al massimo al 20% (cfr. doc. _). Il Dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel referto stilato in data 20 gennaio 2004 ha rilevato che il ricorrente ha "subito un episodio depressivo con sintomi biologici, forse in parte reattivo alla problematica ortopedica, ma non solo, essendoci degli elementi che fanno pensare ad una personalità premorbosa del paziente", ritenendo "possibile che la vicenda ortopedica abbia scombussolato questa sovrastruttura di compenso, determinando l'apparizione della sindrome clinica conclamata"; egli ha pure aggiunto di ritenere che "il paziente abbia attualmente un'incapacità lavorativa al 50% e che in passato la percentuale sia stata superiore", giungendo alla seguente conclusione: "non credo che questa condizione sia compatibile con gli impegni dell'interessato con la compagnia Winterthur e ritengo che per la salute del paziente sia importante scioglierlo al più presto da questo vincolo contrattuale, inserendolo con un tempo parziale in un altro posto lavorativo presso la stessa assicurazione. Questa ritengo sia, insieme alla continuazione della terapia medica, l'unica possibilità per il signor _____ di ritrovare un equilibrio timico soddisfacente ed evitare aggravamenti e cronicizzazioni sempre possibili." (cfr. doc. _). L'UAI, nello scritto 28 gennaio 2004, al riguardo ha rettamente osservato che dalla documentazione agli atti non vi sono elementi sufficienti per ammettere un'incapacità lavorativa dell'assicurato superiore a quella ammessa dal perito fino al momento dell'intimazione della decisione (vale a dire un'incapacità lavorativa del 20% nella sua professione di assicuratore). Ora, come opportunamente rilevato dall'amministrazione, il certificato medico stilato dal Dr. _____ non permette di modificare la valutazione operata al momento dell'emanazione della decisione e che si basa sul parere specialistico del Dr. _____, richiesto dall'amministrazione in seguito alle divergenze fra quanto ritenuto dal medico curante dell'assicurato, Dr. _____ (cfr. doc. _) e quanto invece osservato dal Prof. _____ (cfr. doc. _). Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di

gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607 ; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b). Nel caso di specie, quanto certificato Dr. _____ si riferisce comunque sostanzialmente ad un periodo successivo all'emanazione della decisione contestata, ritenuto che il Dr. _____ ha sì in cura l'assicurato, inviatogli dal suo medico curante, Dr. _____, che richiedeva una valutazione relativa ad uno stato psicologico alterato reattivo ai postumi di due interventi per ernia discale (cfr. doc. _), a partire dal 27 maggio 2003. Tuttavia l'unico certificato agli atti è quello datato 20 gennaio 2004 (cfr. doc. _). Al riguardo, occorre rilevare che, secondo costante giurisprudenza del TFA, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata - in casu il 21 ottobre 2003 - ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (fra le tante cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Eccezionalmente il giudice può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, 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, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). Nel caso di specie, non risulta all'inserto nessun altro certificato attestante un'incapacità lavorativa dell'assicurato nel periodo compreso fra il 27 maggio 2003 (giorno della prima consultazione specialistica) e il 21 ottobre 2003 (data della decisione su opposizione impugnata). Inoltre, il succinto referto del Dr. _____ non consente di stabilire in maniera chiara e precisa se e quando vi è stato un aggravamento dell'incapacità lavorativa dell'assicurato. Determinante è che nessun elemento permette di ipotizzare che tra il momento in cui è stata allestita la perizia del Dr. _____ (24

gennaio 2003) e il momento in cui è stata emanata la decisione contestata (21 ottobre 2003) l'assicurato abbia presentato un'incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno superiore al minimo pensionabile del 40%. Infine, il giudizio del Dr. _____ sull'incapacità lavorativa dal punto di vista somatico non è suscettibile di modificare l'esito della valutazione peritale del Dr. _____, specialista in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione. Tuttavia, alla luce del recente attestato medico, si giustifica la trasmissione degli atti all'UAI affinché valuti, tramite approfonditi accertamenti, se ed in che misura successivamente all'emanazione del querelato provvedimento sia effettivamente intervenuto un peggioramento dello stato di salute giustificante l'eventuale riconoscimento di una rendita d'invalidità. Sulla scorta di quanto precede, la decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. 2.9. L'assicurato, per il tramite del suo rappresentante, ha chiesto al TCA di ordinare una perizia giudiziaria (cfr. doc. _). 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*, 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 concreto, alla luce degli atti di causa, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita per quanto riguarda la valutazione dell'incapacità al guadagno dell'assicurato sino al momento della decisione impugnata, per cui non appare necessario procedere ad una perizia giudiziaria.

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