

## **TI\_GERICHTE 32.2005.48 vom 7. Dezember 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-12-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2005.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.48)

FR: TI\_GERICHTE 32.2005.48 du 7 décembre 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2005.48 del 7 dicembre 2005

### **Regeste**

Richiesta di una riforma professionale o di una rendita. Stato di salute dell'assicurato non è stato sufficientemente vagliato dall'amministrazione, in particolare per quanto concerne l'aspetto psichiatrico. Atti rinviati all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici.

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000 31 consid. 2 e 32 consid. 3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108). 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI - sia nella sua versione in vigore sino al 31 dicembre 2002 che in quella valida dal 1° gennaio 2003 in relazione con gli artt. 7 e 8 cpv. 1 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*, pag. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, 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%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA (rispettivamente dell'art. 28 cpv. 2 vLAI) il grado d'invalidità è determinato 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, 1990 pag. 543 consid. 2; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 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 (art. 16 LPGA e 28 cpv. 2 vLAI: 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 dell'assicurato (RCC 1989 pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; Scartazzini, op. cit, pag. 232). 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 una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e 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 ad 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 ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.5. 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)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). 2.6. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alla persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), 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 105 V 151, 104 V 138). 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). Va fatto presente che la differenza fondamentale tra il metodo straordinario di graduazione e il metodo specifico (giusta i combinati disposti di cui agli art. 28 cpv. 3 LAI, 26bis e 27 cpv. 1 OAI) risiede nel fatto che l'invalidità non è graduata direttamente sulla base di un confronto di attività: si valuta infatti dapprima l'impedimento cagionato dalle condizioni di salute e solo successivamente si accertano le ripercussioni di tale impedimento sulla capacità di guadagno. Una certa diminuzione della capacità funzionale di rendimento può certo, nel caso di una persona attiva, determinare uno scapito economico di stessa misura, ma non ha necessariamente una simile conseguenza. Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedita 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). 2.7. Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo,

l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungs-recht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata dovesse essere in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 28 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le sue ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 28 consid. 4a; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). 2.8. Nella fattispecie, il medico curante dell'assicurato, Dr. Med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, nel suo "Rapporto medico" 29 dicembre 1991 aveva posto le diagnosi di " sindrome lombo-sacrale cronica in seguito a caduta da un tetto dell'altezza di circa 5 m (25.09.87), TAC L4-S1 s.p. (09.01.91) e sviluppo depressivo reattivo ", giudicando che l'assicurato non era più in grado di continuare la sua attività di muratore al 100%, ma unicamente a metà tempo e proponendo un soggiorno presso il SAM al fine di valutare accuratamente il suo stato di salute (cfr. doc. AI 4). L'amministrazione ha quindi incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare (cfr. doc. AI 13). Nel dettagliato e completo referto 16 ottobre 1992 i periti, sulla base delle risultanze degli atti contenuti nell'incarto, nonché degli accertamenti medici eseguiti presso il SAM, hanno posto la diagnosi di status post contusione lombare - 1987, incipiente spondilartrosi lombare e tabagismo cronico (cfr. doc. AI 13 pag. 11). In merito alle eventuali conseguenze sulla capacità lavorativa, i periti hanno rimarcato quanto segue: " (...) L'A. si presenta in maniera ottimale, ha un aspetto atletico, ed anche da un punto di vista psichico appare normale. A proposito della psiche, non ho provveduto ad un consulto del dr. \_\_\_\_\_ essendo il caso del tutto chiaro; l'A. non è depresso, si dichiara del tutto sano di mente, non è mai stato in cura psichiatrica, e non presenta turbe centrali e periferiche delle varie funzioni psichiche. Anche ai vari colloqui avuti al SAM, si è presentato sempre sorridente e si può ben dire che la personalità di fondo è assolutamente priva di chiare neurosi caratteriali. Lo stesso dr. \_\_\_\_\_, con il quale ho discusso il caso a voce, esclude una patologia psichiatrica in questo A.. Da valutare, ai fini peritali, sono dunque le lombalgie. L'A. ha avuto alcuni infortuni alle gambe, curati conservativamente e del tutto guariti. Nel 1987 ha un infortunio sul lavoro e cade su un pavimento di legno da un'altezza di 5 m. Dopo una breve sospensione del lavoro riprende lo stesso, normalmente. Nel 1990 e 91 aumentano le lombalgie. Egli dichiara dolori lombari, che si estendono anche verso la parte posteriore della coscia ds., fino all'altezza del ginocchio. I dolori sono irregolari e a dipendenza meteorologica. L'intensità del male non dipende direttamente dagli sforzi sostenuti. Il curante dr. \_\_\_\_\_ ordina una TAC lombare nel gennaio 1991, che dà risultato neg.. Anche le rx della colonna lombare e del torace, eseguite al SAM, non evidenziano alterazioni della colonna, compatibili con l'età dell'A.. Fa il punto sulla situazione ortopedica il dr. \_\_\_\_\_. Egli, nel suo consulto SAM, così si esprime: "Il p. presenta praticamente una colonna lombare normale per l'età. Non presenta alcun sintomo radicolare. All'esame clinico non si trova la minima patologia. Il Signor RI 1, a mio avviso, è da ritenere abile al lavoro in misura totale per qualsiasi attività". Concludendo, dal punto di vista valetudinario non si nota, in pratica, alcuna

patologia. In questo A., di statura atletica, e con un fisico possente, non vi sono dunque controindicazioni alle attività che egli ha svolto fino ad ora. È difficile, al SAM, vedere assicurati senza la minima patologia invalidante. Il signor RI 1 è uno di questi. Dello stesso avviso è pure il dr. \_\_\_\_\_.

**CONCLUSIONI:** Al termine della sua permanenza presso il SAM di Bellinzona, riteniamo il Signor RI 1 capace al 100% nella sua attività di muratore, in quella di metalcostruttore, ed in qualsiasi altra, a partire dal novembre 1990, fino ad ora e continua." (Doc. AI 13, pag. 12)

Successivamente, l'assicurato è stato visitato dal Prof. Dr. Med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale con certificato medico 29 gennaio 2003 ha attestato quanto segue: " La ringraziamo per averci consultato a proposito di questo paziente che abbiamo esaminato nel nostro ambulatorio in data 29.1.2003 per valutazione neurochirurgica. Non ritorneremo sull'anamnesi né sui risultati delle valutazioni precedenti, limitandoci a ricordare che questo paziente è stato vittima nel 1987 di un infortunio sul posto di lavoro (caduto da un tetto), con coinvolgimento del rachide lombare, ma senza lesioni significative sul versante osseo od osteoarticolare, né un coinvolgimento neurogeno. A partire da quel momento, egli ha sempre presentato dolori lombari inferiori e lombosacrali, accentuati dalla permanenza prolungata in una determinata posizione e da situazioni di carico. Malgrado ciò ha continuato la propria attività di muratore indipendente, con il supporto di provvedimenti conservativi semplici. Negli ultimi anni, la situazione è probabilmente peggiorata, con dolori anche a riposo, segnatamente, se egli deve rimanere a lungo in posizione eretta o seduta. Nessun coinvolgimento degli arti inf. o alterazioni delle funzioni sfinteriali. L'esame non ha messo in evidenza segni in favore di una sofferenza centrale, né di una compressione periferica attualmente acuta. In particolare il segno di Lasèque nella variante diretta e rovesciata è negativo bilateralmente, sia per una componente radicolare che pseudoradicolare, il profilo dei riflessi è molto vivace e simmetrico in sede patellare ed achillea (come pure degli arti sup.), non esistono riflessi patologici. Il testing muscolare non mette in evidenza deficit motori, l'esame della sensibilità nella variante superficiale e profonda è normale. In posizione eretta il carico è ripartito in modo simmetrico sulle estremità inferiori. La muscolatura paravertebrale è normotona ed indolente alla palpazione. La palpazione e mobilizzazione delle apofisi spinose è indolente sull'intero tratto lombare, come lo è quello delle sedi articolari posteriori, La motilità del rachide lombare è eccellente, con uno Schober di 10/14,5 cm, per una DDS di Ocm, la reclinazione è armonica e non limitata in ampiezza, senza dolori terminali. Il Bending è d'ampiezza normale e non provoca irradiazioni algiche. L'esame delle síncondrosi sacro-iliache non rivela dolenzie o blocchi funzionali, il segno di Patrick e di De Winter sono negativi bilateralmente. La deambulazione è normale nelle tre modalità, il Trendelenburg è negativo. L'esame TAC del segmento lombare dimostra un canale spinale e recessi laterali di ampiezza e configurazione normale. Il disco intersomatico L5/S1 è protruso in modo significativo in sede mediana e leggermente anche mediolaterale ds, senza comunque una compressione significativa sulle strutture nervose. Il quadro clinico è quello di un'insufficienza segmentaria di moderata entità, le cui ripercussioni funzionali sono significative tenuto conto del genere di attività svolta. Nel caso in cui un trattamento invasivo venisse considerato (non è evidentemente il caso al momento attuale), il problema dovrà essere precisato per il tramite di uno studio di risonanza magnetica e di test mirati, sia sul versante articolare posteriore che su quello discale. Attualmente, il problema principale del signor RI 1 è quello lavorativo. A questo proposito ricordiamo che, dopo una formazione quale metalcostruttore, egli ha lavorato quale muratore indipendente (da 25 anni), che egli desidererebbe continuare nell'attività attuale, eventualmente in un

sotto-settore o comunque svolgere un lavoro nell'ambito dell'edilizia e che la ripresa dell'attività quale metalcostruttore non gli sembra possibile, tenuto conto del fatto che egli non l'ha praticamente mai esercitata. Poiché questo paziente ricerca una riformazione e non primariamente una rendita e la sua situazione professionale non è semplice, consigliamo all'AI di convocarlo in Agenzia per definire esattamente la questione. Egli è senz'altro in grado di lavorare in attività che non comportano la permanenza prolungata in una determinata posizione, movimenti iterativi di anteroflessione del tronco ed il sollevamento frequente di pesi superiori ai 10 kg. In un'attività proponibile potrebbe, molto probabilmente, conseguire una capacità lavorativa completa." (Doc. AI 28a) Con "Rapporto medico" 28 marzo 2003 il Dr. \_\_\_\_\_, posta la diagnosi di sindrome lombare cronica, ha rilevato: " (...) La proposta di cambiare mestiere non è stata ascoltata; il paziente non era più in grado di eseguire il suo lavoro come muratore indipendente come prima dell'infortunio (formazione metalcostruttore). A causa della sua attività indipendente è difficile valutare il grado della incapacità lavorativa (anche in che percentuale è causata da malattia). Il paziente lamenta dolori nella colonna lombare bassa, soprattutto dopo il lavoro. L'esame clinico non fa vedere una grave patologia: mobilità della colonna lombare normale (Schober 10/15 cm, DDS di 0 cm), muscolatura paravertebrale normotona e indolente alla palpazione, non ci sono segni di sofferenza della radice S1 destra. (TAC della colonna lombare 12.12.2002: protusione circonferenziale del disco L5/S1 con facoltà mediana paramediana verso caudale con compressione sulla radice S1 prevalente a destra)." (Doc. AI 40) Rispondendo alla richiesta di chiarimenti 28 maggio 2003 del Dr. Med. \_\_\_\_\_ del SMR (cfr. doc. AI 48), il Prof. Dr. \_\_\_\_\_ in data 16 giugno 2003 ha osservato: " La capacità lavorativa come muratore si situa attorno al 25-30%. Per contro, si può ammettere una capacità lavorativa completa per le attività di tipo prettamente sedentario e leggero come descritte nella Sua lettera del 28.05.03. Gli altri particolari sono riassunti nella tabella EFL." (Doc. AI 51) Con scritto 3 novembre 2003 al Dr. \_\_\_\_\_ il Prof. Dr. \_\_\_\_\_ ha attestato un peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato, rilevando quanto segue: " (...) Rispetto alla nostra valutazione precedente del marzo di quest'anno, la situazione è senz'altro peggiorata. I dolori lombari, in passato sempre accentuati dall'anteroflessione ed alleviati dalla retroflessione, sono divenuti più insistenti e compaiono in entrambe le direzioni. Il signor RI 1 avverte inoltre un'irradiazione algica intermittente, associata ad una tensione nell'arto inf. sin, in un territorio misto L5 ed S1, senza deficit sensomotori funzionalmente apprezzabili. Sulla base di questi elementi, è probabile che ulteriori approfondimenti debbano essere pianificati in vista di un trattamento invasivo. Prima di passare a questa fase, tuttavia, pensiamo che occorra definire la questione dal punto di vista medico-assicurativo. In tal senso, abbiamo consigliato all'Assicurato di contattare il Dr. med. \_\_\_\_\_ che si occupa della sua pratica all'AI, che abbiamo informato nei particolari nel periodo marzo-giugno 2003 e che abbiamo sollecitato in data odierna. Parallelamente, pensiamo che questo paziente possa beneficiare di un sostegno psichiatrico, in una fase per lui particolarmente difficile. Ne abbiamo discusso e poiché egli non si sarebbe sostanzialmente opposto a questa opzione, La preghiamo di organizzarla direttamente. Restiamo naturalmente a Vostra disposizione, una volta definiti questi aspetti di fondo, per approfondire eventualmente il problema nei termini descritti nella nostra relazione precedente." (Doc. AI 56) In data 10 marzo 2004 il Dr. \_\_\_\_\_ ha chiesto al curante dell'assicurato di fornire le seguenti precisazioni: " La pratica sia medica che assicurativa del summenzionato assicurato appare sempre più complessa. Viene riportato un peggioramento, convalidato dalla lettera del 3.11.2003 del

Prof. \_\_\_\_\_, che induce ad un ulteriore approfondimento in vista di eventuali atti reintegrativi, che così vengono ulteriormente complicati e bloccati. Le limitazioni pertanto in attività adeguate e leggere sono aumentate per i dolori lombari residui. Inoltre appariva allora indicato un inizio di sostegno psichiatrico per una patologia depressiva di nuova insorgenza. A questo scopo desidero chiederle quale medico curante qual è il decorso ad oggi. - L'assicurato è stato nel frattempo operato? Se sì quando? Rapporto di degenza? Se no quando è previsto tale intervento? - Secondo il Prof. \_\_\_\_\_ nella sua lettera del novembre 2003, ritiene indicato un sostegno psichiatrico per compromissione psichica. E' stato iniziato un tale trattamento? Se no perché?" (Doc. AI 59) Con scritto 25 marzo 2003 il Dr. \_\_\_\_\_ ha fornito i seguenti chiarimenti: " Il sopraccitato non è stato operato nel frattempo; non è neanche previsto un intervento. Nel dicembre 2003 il paziente è stato dal Dr. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria, \_\_\_\_\_; dopo questa consultazione al paziente non è sembrato necessario continuare con un sostegno psichiatrico." (Doc. AI 60) Sulla base di quanto attestato dal curante, con "Annotazioni del medico" 6 maggio 2004 il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi osservato: " A questo punto non essendo il paziente in terapia psichiatrica (poiché non ritenuto il caso) e non essendo previsto un intervento ritengo necessario a scopo di fare chiarezza sull'attuale situazione locomotoria una presa di posizione peritale reumatologica approfondita in vista di evt. atti reintegrativi. Perizia reumatologica Dr. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_." (Doc. AI 61) L'amministrazione ha quindi ordinato una perizia reumatologica, affidata al Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista 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. Nel rapporto 2 luglio 2004 lo specialista in reumatologia, dopo aver compiutamente proceduto ad una dettagliata anamnesi ed alla visita del ricorrente, ha posto la seguente diagnosi: " anamnesticamente lombalgie recidivanti tendenzialmente croniche con/da turbe statiche modiche del rachide (appiattimento della cifosi toracale), discopatia L5/S1 (condrosi con protusione centrale); lieve condropatia retropatellare a sinistra; anamnesticamente calcaneodinia a sinistra con/da sprono degenerativo " (cfr. doc. AI 64 pag. 6). Dopo aver proceduto ad una dettagliata discussione medica, in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato il Dr. \_\_\_\_\_ è giunto alle seguenti conclusioni: " (...) In base ai miei riscontri clinici e considerando atti e radiografie a disposizione ritengo che vi siano impedimenti funzionali solo moderati del rachide che interferiscono con la capacità lavorativa solo parzialmente: il paziente può sollevare e trasportare pesi fino a 10 kg in forma normale, fino a 25 kg in forma ridotta ma dovrebbe evitare di alzare pesi maggiori. Il sollevamento sopra il piano delle spalle è possibile in forma normale per pesi fino a 5 kg circa ma dovrebbe essere evitato per pesi maggiori. La manipolazione di oggetti ed attrezzi è possibile in forma normale per quelli leggeri e medi ma risulta ridotta per quelli pesanti. Il lavoro in posizioni corporee statiche è ridotto in particolare per quella seduta con il corpo piegato in avanti. Attività in piedi con il busto flesso sono possibili in forma ridotta. Movimenti rotatori rispettivamente di flessione/estensione possono essere effettuati ad un ritmo lievemente ridotto. Attività in ginocchio sono esigibili in forma leggermente ridotta. Il paziente può camminare su terreni piani e sconnessi ed in discesa senza particolari limiti. Spostamenti su ponteggi sono esigibili normalmente. L'impiego delle mani e delle braccia sull'altezza di un tavolo è possibile senza impedimento. Questi limiti riflettono in parte quelli riscontrati dal Prof. \_\_\_\_\_ nella sua ultima valutazione del novembre 2003 (vedasi anche il suo "esame della funzionalità fisica" del 12.06.2003). Al contrario di lui ritengo comunque che essi siano compatibili in forma maggiore con lo svolgimento della attività lucrativa di muratore,

lavoro che ritengo esigibile nella misura del 66,6%. Condivido le difficoltà del medico curante nello stabilire a partire da quando vi sia stata una reale riduzione della capacità lavorativa. Essa viene comunque già accennata dal Prof. \_\_\_\_\_ nella sua prima valutazione del gennaio 2003 quando riferisce di ripercussioni funzionali "significative tenuto conto del genere di attività svolta" senza dare ulteriori precisazioni. 6.-

**POSSIBILITA' DI MIGLIORARE LA CAPACITA' DI LAVORO** Dal lato medico è consigliabile il proseguimento di un programma ginnico allo scopo di mantenere un'ottimale forza e resistenza della muscolatura del portamento e degli addominali associato ad una rigorosa osservazione delle regole basilari dell'ergonomia per proteggere il rachide. Non vedo invece una indicazione per misure invasive, non essendoci al momento attuale alcun segno in favore di un'instabilità segmentale od addirittura di una patologia neurocompressiva. Il proseguimento delle cure sarà atto a mantenere la situazione attuale senza poter modificare la valutazione della capacità lavorativa residuale sotto il punto 5. In base alla documentazione a disposizione non si ha l'impressione che si tratti di una patologia morfologica evolutiva al punto che ritengo la situazione attuale per intanto quella definitiva che non dovrebbe subire modifiche a medio termine. Per lavori che possano rispettare i limiti funzionali di cui sopra (punto 5.) il paziente è da ritenere abile in forma completa ed a partire da subito. Potrei immaginarmi lavori di manutenzione stabili, portinaio, bidello ecc. ma anche lavori di consegna con un furgone od altro. Il paziente non necessita di mezzi ausiliari." (Doc. AI 64, pag. 8-9) L'assicurato ha fermamente contestato le conclusioni cui è giunto il Dr. \_\_\_\_\_, osservando: " Ho preso atto della perizia AI del Dr. \_\_\_\_\_ datata 30.06.2004, un volta di più ritengo di essere preso in giro, e per quanto mi riguarda il Dr. \_\_\_\_\_ può andare a quel paese, assieme alla sua perizia e quindi contesto quanto segue: - provavo un certo sollievo inarcando la schiena fino a qualche mese fa, ciò che non è più il caso adesso; - i dolori al tallone sinistro non sono affatto regrediti e ne risento anche a riposo, in più sono comparsi anche nel piede destro; - il ginocchio mi pone grossi problemi in discesa al contrario di quanto scritto nel rapporto, e dopo uno sforzo ne risento anche a riposo; - ritengo una vigliaccata nei miei confronti asserire di essere compatibile allo svolgimento dell'attività lucrativa di muratore. Non sono in grado e nemmeno voglio esprimermi ulteriormente su questa perizia, così come non mi illudo che questo mio scritto mi aiuti, ma preciso che non è un semplice sfogo ma una convinzione radicata di combattere per le mie ragioni fintanto che resisto, se necessario fino ad estremi rimedi ed anche di più!!" (Doc. AI 68) Nel suo "Rapporto finale" 28 luglio 2004 il consulente IP ha rilevato quanto segue: " (...) Dati economici In base ai dati dei quali dispongo, secondo l'estratto dei conti individuali l'A. pagava i contributi su dei redditi annui bassi (tra i 20 e i 27'000.-). Consulenza, discussione e attitudine alla reintegrazione Ho incontrato l'A. in data odierna. Premette subito che non è d'accordo con quanto espresso dal dr. \_\_\_\_\_ in sede di perizia reumatologica e che inoltrerà delle osservazioni scritte a tal proposito. Vive la sua situazione personale (a livello della problematica fisica) come molto più invalidante rispetto alle considerazioni del perito (riferisce di problemi ai piedi, non riesce a guidare per un periodo prolungato, a causa dei dolori ci sono dei giorni/momenti nei quali si deve riposare). In un secondo tempo mi mostra la lettera che ha scritto per "spiegare meglio" quanto riflettuto sulla propria situazione personale e professionale (si veda lo scritto all'incarto). L'A. mi spiega come, dopo un breve periodo durante il quale ha lavorato in qualità di dipendente, ha deciso di mettersi in proprio per potersi gestire secondo le proprie esigenze. In seguito ai disturbi causati dalle affezioni a livello reumatologico, ha dapprima ridotto e poi interrotto definitivamente la sua attività.

Attualmente aiuta la moglie che ha in gerenza il " \_\_\_\_\_ " a \_\_\_\_\_ (si occupa di varie mansioni, dalle attività in cantina a quelle al bar). L'esercizio pubblico inizia a "funzionare" (incassano tra i 6 e i 7 mila franchi al mese, dai quali si devono dedurre le spese di affitto etc.; l'A. stima un guadagno mensile netto di 2'000/2'500.-) ed hanno in previsione di sistemare, il prossimo anno, il viale di bocce esterno in modo da incrementare la clientela. Non hanno dipendenti. Questa situazione è ritenuta dall'A. ideale per gestire le difficoltà fisiche (alcuni giorni dice di non farcela, svolge allora altri tipi di attività a ritmo ridotto: costituzione della riserva di legna per il periodo invernale, lavori nell'orto, fare la spesa, ...), ma non risolve i problemi a livello economico, motivo per il quale l'A. richiede espressamente una rendita d'invalidità. Oltre alla problematica reumatologica, l'A. manifesta dei problemi a livello psichico che mette sullo stesso piano di quelli fisici (anche se a seguito di una visita presso lo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ nel dicembre del 2003 l'A. ha deciso di non continuare con un sostegno psichiatrico). Dal punto di vista dell'Assicurazione Invalidità, in base alle limitazioni espresse a carattere medico-teorico esistono ancora diverse attività professionali esigibili in misura completa (l'operaio di fabbrica, il fattorino/addetto alle consegne, l'aiuto magazziniere, l'agente di sicurezza/sorveglianza, il custode e l'aiuto venditore rappresentano alcuni esempi di tali attività). Bisogna inoltre tener conto del percorso socio-professionale dell'A. che ha dimostrato di avere una buona manualità e delle competenze in diversi campi artigianali, competenze che gli possono tornar utili per un reinserimento nel mercato lavorativo (la conoscenza dei materiali potrebbe ad esempio aiutarlo nell'inserimento quale aiuto venditore nel settore artigianale, tipo DO-IT). In tali attività l'A potrebbe conseguire un reddito addirittura superiore a quanto dichiarato prima del danno alla salute. Anche se in misura ridotta (66.6%) come prospettato dal dr. \_\_\_\_\_, ritengo per contro meno fattibile il reinserimento dell'A. nella precedente attività di manovalanza spesso pesante. Calcolo del reddito d'invalido Apportando una riduzione del 5% per attività leggera, del 5% per primo impiego e diminuita flessibilità e adattabilità e del 10% per le limitazioni a livello ergonomico, sulla base delle statistiche teoriche RSS (categoria 4, primo quartile) si determina un reddito d'invalido di 35'735.- (dato salariale del 2002). Conclusione Viste le precedenti considerazioni ritengo che l'A. sia direttamente inseribile sul normale mercato lavorativo in attività non qualificate (anche sfruttando le competenze acquisite). Svolgendo tali attività l'A. recupererebbe totalmente la capacità di guadagno dichiarata prima del danno alla salute (non vi sono quindi le basi per l'applicazione di provvedimenti professionali o per l'attribuzione di una rendita d'invalidità)." (Doc. AI 67) In data 19 agosto 2004 il Dr. \_\_\_\_\_ ha ancora certificato: " Ho rivisto il sopracitato paziente dopo la decisione negativa da parte dell'assicurazione invalidità. Il paziente lamenta ancora dolori lombari, soprattutto la sera e anche dopo lavori leggeri. Malgrado tutti gli esami effettuati non è facile valutare l'intensità dei dolori, rimane una sensazione soggettiva. Sicuramente il paziente ha fatto negli ultimi anni un'evoluzione psico-sociale difficile. Propongo un'altra valutazione specialistica (il paziente propone il Prof. Dr. \_\_\_\_\_)." (Doc. AI 75) Infine, con "Annotazioni del medico" 7 aprile 2005 il Dr. \_\_\_\_\_ ha osservato: " Ho rivalutato gli atti medici a dossier: - valutazione SAM del 1992 dove pur ammettendo una minima compromissione ortopedica locomotoria si esclude una patologia invalidante ed una valutazione dr. \_\_\_\_\_ psichiatra FMH escludeva una componente psichiatrica; - nel 2003 si reputava auspicabile un aiuto psichiatrico da parte del servizio di neurochirurgia a sostegno della patologia lombare; - il 3.2004 dr. \_\_\_\_\_ medico curante si esprime a riguardo dicendo che dopo un colloquio eseguito dal dr. \_\_\_\_\_ psichiatra FMH non

è stato necessario continuare con terapia specialistica appropriata. Agli atti non figura che l'assicurato sia pertanto in terapia psichiatrica o assuma medicazione in questo senso. Alla luce di queste annotazioni non reputo necessario che si debba procedere a nuovi tipi di valutazioni peritali approfondite poiché a livello reumatologico funzionale le limitazioni presenti sono chiare mentre a carico di altri sistemi funzionali non si denotano limitazioni tali da essere potenzialmente invalidanti." (Doc. AI 81) 2.9. 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 del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo 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. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). 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 pag. 109 consid. 3b)bb;

STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). 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 del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 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 del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

2.10. 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, deve osservare che dalla documentazione medica agli atti emerge che le patologie dell'assicurato non sono state sufficientemente approfondite dall'amministrazione. In particolare l'UAI non ha approfondito la tematica relativa all'eventuale affezione psichica dell'assicurato, da egli invocata in tutti i suoi scritti all'amministrazione, prima e al Tribunale, poi. Egli infatti nel suo scritto 4 febbraio 2003 indicava che "... non voglio esagerare ma oltre a quelli fisici, si aggiungono dei problemi morali e non solo, che non mi riesce di spiegare per iscritto in questo momento, ma ritengo che anche una miserabile opinione come la mia debba essere considerata, infatti, oltre al male fisico, la rabbia interiore che si manifesta in maniera sempre più forte mi preoccupa sempre di più ." (cfr. doc. A5); nello scritto 20 marzo 2003 all'UAI parla di problemi mentali e fisici (cfr. doc. A6); nello scritto 26 luglio 2004 all'UAI scriveva "... sono stufo della situazione che si è venuta a creare, a volte mi sento pericoloso e ho paura di me stesso ma non per questo ritengo di avere bisogno di uno psichiatra, anche se in questi anni avrei potuto impazzire non una ma dieci volte ..." (cfr. doc. A16); nel ricorso 23 aprile 2005 al TCA rilevava che "... non sono più mentalmente in grado di esprimermi oltre (...) un blocco di rabbia e di brutti sentimenti mi impediscono di esprimermi ulteriormente (...) ma non mi è possibile fare di più, fisicamente e ora nemmeno mentalmente, quanto sto subendo rende tutto una grossa ingiustizia, non ho più intenzione di subire altri affronti e mancanza di comprensione (...) non mi presenterò più in futuro davanti a nessuno psichiatra e nemmeno a medici di parte e a controlli già in partenza condizionati da troppe cose negative che mi portano solo altri danni morali ." (cfr. doc. I). Il problema psichico è stato già segnalato dal curante, Dr. \_\_\_\_\_, nel suo rapporto 29 dicembre 1991, dove ha indicato la diagnosi di "sviluppo depressivo reattivo" (cfr. doc. AI 4). In seguito, nella perizia del SAM 16 ottobre 1992 i periti hanno indicato a proposito della psiche che "praticamente, al momento, non turbe centrali o periferiche delle varie funzioni psichiche. Da segnalare che l'A. non è mai stato in cura psichiatrica. (...) A proposito della psiche, non ho provveduto ad un consulto del Dr. \_\_\_\_\_, essendo il caso del tutto chiaro; l'A. non è depresso, si dichiara del tutto sano di mente, non è mai stato in cura psichiatrica e non presenta turbe centrali e periferiche delle varie funzioni psichiche. Anche ai vari colloqui avuti al SAM, si è presentato sempre sorridente e si può ben dire che la personalità di fondo è assolutamente priva di chiare neurosi caratteriali. Lo stesso Dr. \_\_\_\_\_, con il quale ho discusso il caso a voce, esclude una patologia psichiatrica in questo A. " (cfr. doc. AI 13). In seguito, tuttavia, il Prof. Dr. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto 3 novembre 2003 indirizzato al Dr. \_\_\_\_\_ indicava che "pensiamo che questo paziente possa beneficiare di un sostegno psichiatrico, in una fase per lui particolarmente difficile. Ne abbiamo discusso e poiché egli

non si sarebbe sostanzialmente opposto a questa opzione, la preghiamo di organizzarla direttamente ." (cfr. doc. AI 56). L'assicurato si è poi effettivamente recato nel mese di dicembre 2003 dal Dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria di \_\_\_\_\_: al riguardo il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che " dopo questa consultazione al paziente non è sembrato necessario continuare con un sostegno psichiatrico " (cfr. doc. AI 60). Interpellato dal TCA al fine di accertare se verosimilmente l'assicurato sia portatore di una patologia psichiatrica invalidante (cfr. doc. XI), il Dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che in occasione dell'unica consultazione 20 dicembre 2003 ha potuto osservare un certo stato d'ansia e di tensione psichica, oltre che di malfidenza e di preoccupazione, non potendo approfondire maggiormente lo status dell'assicurato, vista la sua mancata collaborazione (" mi sono scontrato con una marcata resistenza da parte del paziente, che non ha voluto rivelarmi maggiori informazioni sulla sua anamnesi psichica personale, familiare ed attuale. Mi ha comunicato che desiderava "farcela da solo" e che preferiva che io rimanessi "a disposizione" nel caso lui lo ritenesse necessario. ", cfr. doc. XII). Lo specialista in psichiatria e psicoterapia interpellato dal TCA ha rilevato che durante il breve consulto effettuato ha potuto osservare ed oggettivare degli aspetti psicopatologici, che andrebbero ulteriormente approfonditi (cfr. doc. XII, consid. 1.12.) Al riguardo, va fatto presente che nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il TFA, per quanto riguarda il carattere invalidante dei disturbi di natura somatoforme, ha poi precisato che un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA inedita del 12 marzo 2004, I 683/03 destinata alla pubblicazione e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04, consid. 1.2). Ora, nel caso in esame, vista la situazione descritta dal Dr. \_\_\_\_\_ e dal Dr. \_\_\_\_\_, non è da escludere che effettivamente vi sia ora una patologia extra-somatica rilevante. Non essendo stata approfondita la tematica, in applicazione della succitata giurisprudenza federale, gli atti sono da rinviare all'amministrazione affinché proceda, mediante una valutazione psichiatrica, ad accertare l'aspetto extra-somatico dell'assicurato, rispettivamente l'eventuale sua abilità lavorativa, con riferimento sia alla sua precedente attività di muratore, sia, se del caso, ad altre attività adeguate ritenute esigibili. Di conseguenza,

annullata la decisione contestata, gli atti sono trasmessi all'Ufficio AI per gli accertamenti psichiatrici di cui sopra. Dopo di che l'amministrazione dovrà nuovamente pronunciarsi sull'eventuale invalidità dell'assicurato. 2.11. In corso di causa l'assicurato ha trasmesso al TCA un ulteriore certificato medico del Dr. \_\_\_\_\_, datato 17 maggio 2005, nel quale la specialista ha indicato: " Il sopraccitato paziente è ancora inabile al lavoro al 100%, a causa di malattia." (Doc. V/B2) Va ricordato che, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità delle decisioni impugnate in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui esse sono state rese. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (DTF 130 V 140 consid. 2.1; 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Nell'evenienza concreta il certificato medico prodotto dall'assicurato successivamente al ricorso e appena citato fa riferimento ad una situazione di fatto accertata dopo l'inoltro del ricorso e quindi dopo l'emissione della decisione qui contestata che segna il limite temporale per la valutazione giudiziale. Pertanto, in applicazione della succitata giurisprudenza, lo stesso non deve essere considerato ai fini del presente giudizio.

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