

## **TI\_GERICHTE 32.2006.162 vom 19. September 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-09-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2006.162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.162)

FR: TI\_GERICHTE 32.2006.162 du 19 septembre 2006

IT: TI\_GERICHTE 32.2006.162 del 19 settembre 2006

### **Regeste**

Terza domanda di prestazioni AI. Non attestato un peggioramento dello stato valetudinario dell'assicurato tale da giustificare l'erogazione di una rendita d'invalidità.

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 17.07.2007 32.2006.162 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 17.07.2007 32.2006.162 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 17.07.2007 32.2006.162

Terza domanda di prestazioni AI. Non attestato un peggioramento dello stato valetudinario dell'assicurato tale da giustificare l'erogazione di una rendita d'invalidità.

Raccomandata Incarto n. 32.2006.162 FS /Il Lugano 17 luglio 2007 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 23 ottobre 2006 di RI 1 contro la decisione del 19 settembre 2006 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. RI 1, classe \_\_\_\_\_, attivo a titolo indipendente con un'officina di vendita e riparazione di bici e motorini, nel febbraio 2000 ha presentato una domanda di prestazioni AI per adulti in quanto affetto da "(...) dolori alla schiena, zona lombare. Impedimento a svolgere i soliti lavori in modo costante e continuo. Infatti, di tanto in tanto, durante la giornata mi devo fermare e riposare. Inoltre ogni tanto mi blocco completamente per 7-10 giorni (...)" (doc. AI 1/1-7). Esperiti gli accertamenti del caso, tra cui una perizia 3 agosto 2001 a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 26/1-12), con decisione 30 ottobre 2002 (doc. AI 47/1-3) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazione in quanto: "(...) Dal profilo medico, il perito designato dal nostro Ufficio ha valutato teoricamente la presenza di una incapacità lavorativa del 40% relativamente allo svolgimento della professione indipendente titolare di un negozio-officina di vendita e riparazione di biciclette e motorini. D'altro canto, in attività ritenute più adeguate allo stato di salute, ove non vi sia l'obbligo di sollevare pesi dal suolo superiori a 10-12 Kg., di effettuare lavori in flessione lombare prolungata (per oltre 5 minuti in posizione eretta, per oltre 15 minuti in posizione accovacciata) e di effettuare ripetute flessioni con il tronco, la sua capacità lavorativa risulta ancora totale. Sono dunque esigibili lavori manuali ad un tavolo (da seduto) o ad un banco (in piedi), assumere posizioni statiche senza interruzioni per un'ora circa spostarsi liberamente sia su terreni piani che sconnessi e far uso delle braccia in maniera normale, eccezion fatta per lavori manuali sopra l'altezza delle spalle che devono essere interrotti regolarmente e dopo pochi minuti. Non vi sono impedimenti nell'uso di attrezzi ed utensili anche se è credibile una certa sollecitazione dei dolori se deve svitare dei bulloni con forza. Il nostro consulente in integrazione professionale, alla luce di questi elementi medici, reputa ancora svolgibile un'ampia gamma

di lavori non qualificati, leggeri, quali operaio di fabbrica, commesso, magazziniere, serviceman, custode, fattorino, ecc., nell'esercizio dei quali lei è certamente in condizioni di conseguire un reddito medio di almeno fr. 44'000.- annui, salario conforme ai dati statistici federali (stato anno 2000). Tenuto conto dei redditi da lei dichiarati e provenienti dall'attività svolta di indipendente (dal 1993 al 1996 fr. 39'000.- annui; 1997 fr. 25'500.- annui, indi progressiva diminuzione di reddito), ben si comprende che non possono sussistere ragioni economiche a sostegno di un pregiudizio finanziario e di un grado di incapacità al guadagno o di invalidità, in quanto lei cambiando genere di attività, senza la necessità di un perfezionamento professionale, è in grado di recuperare integralmente l'attuale perdita lucrativa originata dal danno alla salute. (...)” (doc. AI 47/2) 1.2. Con lettera 28 febbraio 2004, allegando il rapporto 6 febbraio 2004 della dr.ssa \_\_\_\_\_, il dr. \_\_\_\_\_, suo curante, ha comunicato all'Ufficio AI un peggioramento dello stato di salute (doc. AI 53/1-2). Con decisione 7 luglio 2004 (doc. AI 58/1-2), confermata con decisione su opposizione 21 aprile 2005 (doc. AI 62/1-4), l'Ufficio AI non è entrato nel merito della domanda in quanto non è stata resa verosimile alcuna modifica rilevante della capacità di guadagno né delle condizioni cliniche e/o economiche. 1.3. Con lettera 17 ottobre 2005, tramite l' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, l'assicurato ha indicato un peggioramento dello stato di salute e ha trasmesso all'Ufficio AI il rapporto 8 agosto 2005 del dr. \_\_\_\_\_ e la lettera 12 ottobre 2005 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 67/1-5). Il 15 novembre 2005, sempre tramite il suo rappresentante, l'assicurato ha quindi inoltrato una nuova domanda di prestazioni (doc. 71/1-8). Esperiti gli accertamenti del caso, tra cui una nuova perizia 16 giugno 2006 a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 78/1-13), con progetto di decisione 12 luglio 2006 (doc. AI 81/1-2) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni in quanto lo stato di salute rimasto invariato rispetto alla valutazione peritale del 2001. Con osservazioni 13 settembre 2006 (doc. AI 85/1-2), sempre tramite l' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, l'assicurato, sostenuta una divergenza di opinioni tra il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, ha chiesto l'esperimento di una valutazione presso una clinica universitaria. Con decisione 19 settembre 2006 (doc. AI 86/1-3) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni adducendo: " (...) Dalla documentazione medica acquisita, in particolare dalla perizia medica effettuata in data 14.06.2006 dal Dr. \_\_\_\_\_, risulta che lo stato di salute del Signor RI 1 non ha subito un peggioramento in confronto alla precedente valutazione peritale del 2001 e rimangono invariati il profilo delle limitazioni funzionali e la valutazione della capacità lavorativa. A seguito delle osservazioni presentate al progetto di decisione del 12 luglio 2006, tramite le quali in sostanza si ritiene sussista una divergenza di parere da parte dei medici interpellati (Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_), l'Ufficio AI ritiene doveroso fare le seguenti considerazioni. Come visto il danno alla salute è stato valutato a mezzo di esame peritale. Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH malattie reumatiche, fisiatria, riabilitazione e medicina manuale, in base agli accertamenti medici precedenti, all'anamnesi intermedia, ai dati soggettivi, alle constatazioni obiettive e ai rapporti radiologici, non ha potuto rilevare un peggioramento dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione del luglio 2001. Per quanto attiene al valore probatorio dell'esame peritale, si rammenta che secondo costante giurisprudenza, le perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa da medici riconosciuti specializzati hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducano a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176). Nel caso in questione la valutazione espressa dal Dr. \_\_\_\_\_ è completa, motivata e coerente, e non offre quindi alcun punto di critica,

risultando del tutto conforme ai criteri sovresposti. Il rapporto peritale è stato pure sottoposto al Servizio Medico Regionale AI (SMR), il quale non ha potuto altro che confermare quanto espresso dal perito. In particolare il medico SMR non ha intravisto divergenze mediche, come invece sostenuto dal rappresentante legale dell'assicurato. Il Dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto stilato l'8 agosto 2005, già agli atti e quindi pure visionato dal perito, aveva indicato: "...egli è stato annunciato dal Collega Reumatologo all'AI, nel senso di una rendita parziale (50%) che permetterebbe di limitare le attività professionali alla vendita ed organizzazione nel negozio di biciclette, di cui è proprietario." Il Dr. \_\_\_\_\_ non prende però posizione a riguardo della capacità lavorativa ridotta. Giova comunque ricordare che la rendita AI era stata respinta non tanto per un fattore medico (l'Ufficio AI ha sempre riconosciuto un'incapacità lavorativa del 40% nella sua attività) bensì, come di consueto, per un fattore economico (cf. decisione del 30 ottobre 2002). In sostanza in sede di contestazione non è stato prodotto alcun mezzo di prova atto a sconfiggere l'operato dell'amministrazione. Si deve quindi confermare che lo stato di salute del signor RI 1, rispetto alle precedenti valutazioni, non è peggiorato. (...)" (doc. AI 86/2)

1.4. Contro la decisione 19 settembre 2006 l'assicurato ha inoltrato un tempestivo ricorso al TCA chiedendo il riconoscimento di una mezza rendita, lamentandosi che l'Ufficio AI non avrebbe verificato il danno economico subito nella sua attività indipendente e segnalando di essersi sottoposto ad un consulto specialistico presso una clinica universitaria.

1.5. Con la risposta di causa l'Ufficio AI ha chiesto di confermare la decisione impugnata e, in merito all'aspetto economico, ha osservato: "(...) Nella presente fattispecie non risulta alcun discapito economico per i seguenti motivi. Nella precedente decisione datata 30 ottobre 2002 (cresciuta in giudicato), l'amministrazione aveva considerato l'assicurato inabile al lavoro al 40% nella propria attività di titolare di un negozio/officina di vendita e riparazione di biciclette e motorini e totalmente abile al lavoro in attività leggere adeguate al proprio stato di salute. Inoltre, l'amministrazione aveva a giusta ragione ritenuto che l'assicurato, alla luce degli elementi medici presenti all'incarto, poteva ancora svolgere tutta una serie di lavori non qualificati, leggeri, quali operaio di fabbrica, commesso, magazziniere, serviceman, custode, fattorino, ecc., conseguendo un reddito medio pari a Fr. 44'000.-- annui (prendendo quale parametro di riferimento la Tabella TA13 (valori regionali) del 2000). Ora, svolgendo le attività leggere, semplici e ripetitive indicate dal consulente in integrazione professionale (cfr. rapporto finale del 27.8.2002 sub. doc. 35 incarto AI), nel caso che ci occupa l'assicurato è in grado di recuperare integralmente la sua perdita lucrativa originata dal danno alla salute, e ciò a maggior ragione se si considera quale reddito ipotetico da invalido quello determinato in applicazione dei valori nazionali (Tabella TA1 di cui all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica) secondo quanto sancito dalla recente giurisprudenza adottata dal Tribunale federale delle assicurazioni. (...)" (doc. IV)

1.6. Con lettera 13 novembre 2006 al TCA l'assicurato ha rilevato che i salari in Ticino sono nettamente più bassi rispetto ad altri cantoni e ha prodotto la convocazione presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ riservandosi di produrre la relativa perizia. Con lettera 7 dicembre 2006 l'assicurato ha trasmesso copia del rapporto 16 novembre 2006 della \_\_\_\_\_ preannunciando un rapporto conclusivo dopo l'esecuzione di una nuova risonanza magnetica.

1.7. Con osservazioni 4 gennaio 2007, fondandosi sulle annotazioni 15 dicembre 2006 del dr. \_\_\_\_\_, l'Ufficio AI ha rilevato che "(...) l'attuale visita medica presso la clinica \_\_\_\_\_ conferma una situazione clinica sovrapponibile a quella presente in occasione della perizia del Dr. \_\_\_\_\_. Non vi sono elementi a

favore di una modifica di rilievo dello stato di salute. Sorprende il fatto che tuttora non venga svolta una terapia di rinforzo muscolare benché l'indicazione fosse già stata posta ripetutamente in passato (...)” (doc. X). 1.8. Con lettera 10 gennaio 2007 l'assicurato ha prodotto copia della MRI del rachide lombare del 13.12.2006, contestato la presa di posizione dell'Ufficio AI e ribadito che trasmetterà il rapporto conclusivo del dr. \_\_\_\_\_.

Con lettera 13 febbraio 2007 l'assicurato ha trasmesso al TCA il rapporto 23 gennaio 2007 della \_\_\_\_\_, sottoscritto dal dr. \_\_\_\_\_. 1.9. Con osservazioni 1° marzo 2007, fondandosi sulle annotazioni 21 febbraio 2007 del dr. \_\_\_\_\_, l'Ufficio AI ha rilevato che “(...) l'attuale rapporto non porta nuovi elementi, l'attuale RM conferma una situazione nota. In particolare non vi è osteocondrosi erosiva ossia processo infiammatorio attivo a livello vertebrale. Viene confermata l'assenza attuale di una sintomatologia radicolare ma unicamente una irradiazione intermittente ben nota (vedi perizia \_\_\_\_\_) che qualora dovesse ridivenire sintomatica dovrà essere trattata con una infiltrazione sotto controllo TAC (...)” (doc. XVI).

considerato in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 49 cpv. 2 LOG e 2 cpv. 1 LPTCA (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 p. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se, rispetto alla decisione di rifiuto 30 ottobre 2002 (doc. AI 47/1-3), la situazione valetudinaria dell'assicurato ha subito modifiche tali da giustificare l'erogazione di una rendita d'invalidità.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 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, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI 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 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 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 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 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 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; DTF 114 V 313). 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).

2.4. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffauer/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo

di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4).

2.5. Nella fattispecie nelle annotazioni 31 gennaio 2006 la dr.ssa \_\_\_\_\_, medico SMR, ha rilevato: "(...) Dalla documentazione medica, in particolare rapporto neurochirurgo Prof. \_\_\_\_\_ del gennaio 2006, risulta che da maggio 2005 è insorto un peggioramento della situazione lombovertebrale con esacerbazione dei sintomi caratteristici di instabilità segmentaria con dolori irradianti. Il prof. \_\_\_\_\_ non si esprime in merito all'attuale capacità lavorativa in attività adatta. Il curante Dr. \_\_\_\_\_ valuta una capacità lavorativa residua del 50% in attività leggera e adatta. Ritengo indicato una rivalutazione peritale reumatologica per determinare: - l'evoluzione dello stato di salute - le attuali effettive limitazioni funzionali/esigibilità - l'evoluzione della capacità lavorativa come venditore e riparatore di biciclette e motorini - l'evoluzione della capacità lavorativa in attività adatta nel rispetto delle limitazioni funzionali." (doc. AI 75/1) L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 76/1-2). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in malattie reumatiche fisioterapia e riabilitazione, nella perizia 16 gennaio 2006 (doc. AI 78/1-13), posta la diagnosi di: "Sindrome lombovertebrale cronica e recidivante con anamnesticamente irradiazioni nella gamba destra (di tipo radicolare? Pseudoradicolare?) con/da ● spondilolisi vera bilaterale di L5 con olistesi di I° su S1 (circa 10 mm) ● condrosi L5/S1 (ed L4/L5) ● instabilità segmentale L5/S1?" (doc. AI 78/6) ha espresso la seguente valutazione: "(...) La sintomatologia dolorosa in zona lombare causata da alterazioni strutturali della cerniera lombosacrale fu motivo di un cambiamento professionale da manovale a meccanico di biciclette e ciclomotori avvenuto nel 1989. In seguito ad un peggioramento della sofferenza il paziente inoltrò una prima domanda per prestazioni AI nel 2000, richiesta all'origine di una mia prima valutazione peritale nel 2001 quando giudicai l'inabilità per il lavoro svolto del 40%. Ritenni invece esigibile in forma normale un'attività lucrativa più confacente. Giudicai le limitazioni della capacità fisica del paziente come segue (citato secondo la perizia precedente, pag. 6 e 7): "il signor RI 1 non può alzare pesi dal suolo superiori a 10-12 kg circa (a secondo della loro configurazione). Non può effettuare lavori in flessione lombare prolungata (per oltre 5 minuti in posizione eretta, per oltre 15 minuti in posizione accovacciata) e non può effettuare ripetute flessioni con il tronco. Può invece lavorare in ginocchio. Può effettuare lavori manuali ad un tavolo (da seduto) o ad un banco (in piedi). Può assumere posizioni statiche senza interruzioni per una ora circa. Può spostarsi liberamente sia su terreni piani che sconnessi e può far uso delle sue braccia in maniera normale eccezion fatta per lavori manuali sopra l'altezza delle spalle che devono essere interrotte dopo pochi minuti (sollecitazione delle articolazioni vertebrali

posteriori del passaggio lombosacrale). Non è impedito nell'uso di attrezzi ed utensili anche se è credibile una certa sollecitazione dei dolori se deve svitare dei bulloni con forza". L'AI respinse la richiesta di prestazioni, ritenendo il danno della salute senza conseguenze sulla capacità di guadagno. Nel frattempo il paziente ha avvertito un ulteriore peggioramento delle sue condizioni. Riferisce di un aggravamento della sintomatologia lombare con ripercussioni intermittenti anche nella gamba destra. Nel 2003 si è sottoposto ad una RM della colonna lombare che ha confermato le alterazioni strutturali già note ossia una spondilolisi di L5 con olistesi di I° associata ad una discopatia del segmento L5/S1 e di quello sovrastante con un quadro morfologico ritenuto sostanzialmente invariato in confronto ad una TAC del 1998. La reumatologa Dr. \_\_\_\_\_ consultata in primavera del 2004 e del 2005 suggerì l'assegnazione di una mezza rendita per permettere al paziente di continuare a gestire il suo negozio senza comunque segnalare cambiamenti significativi dello stato di salute del paziente (contrariamente a quanto ribadito dal paziente nella sua lettera del 03.09.2004 all'AI). Dal canto suo il neurochirurgo Professor \_\_\_\_\_ consultato l'08.08.2005 ritenne possibile un miglioramento dello stato di salute del paziente tramite provvedimenti sanitari, riferendosi ad un intervento di stabilizzazione lombosacrale, opzione verso la quale il paziente rimane scettico. L'esame clinico attuale non si differenzia in maniera tangibile dalle constatazioni precedenti per quanto riguarda la funzionalità del rachide. Noto invece una maggiore dolorabilità delle parti molli nel cinto pelvico (ed in zona cervicale) senza corrispondenti reperti oggettivi, essendo la sindrome vertebrale ancora una volta solo moderata senza segni neurocompressivi e con una funzione globale del rachide abbastanza ben conservata (simile al 2001). La presenza di segni di Waddel (disturbi di sensibilità mal sistemati al braccio ed alla gamba destra; dolorabilità della muscolatura lombare alla percussione; dolori lombari nella compressione assiale del rachide) indica una certa difficoltà del paziente nel gestire la sintomatologia. Le attuali radiografie della colonna lombare in incidenza ap e laterale mostrano un quadro simile a quelle precedenti del 2001 (vedasi anche punto 3.4.). L'aumento dell'olistesi di 2 mm circa è di dubbia rilevanza, essendo possibile anche un semplice effetto di proiezione (artefatto tecnico); ricordo che già nel 1989 l'anterolistesi di L5 su S1 venne considerata di "almeno 1 cm". L'altezza degli spazi intersomatici tra L4/5 ed L5/S1 è invariata senza progressione delle discopatie. Alla luce di ciò non posso confermare un peggioramento significativo delle condizioni di salute del paziente paragonando i reperti clinici e radiologici del 2001 con quelli attuali. L'aumento della sintomatologia dolorosa riferita dal paziente non si spiega con i riscontri oggettivi. E' probabile, che si tratti di maggiori difficoltà nella gestione di una sindrome dolorosa a carattere cronico. Le limitazioni della capacità fisica del paziente sono quelle del 2001 (vedasi citazione sopra). Dal profilo reumatologico non vi sono quindi elementi per modificare la valutazione della capacità lavorativa di allora. In merito alle possibilità terapeutiche condivido con il paziente un certo scetticismo in merito ad una soluzione chirurgica specialmente per quanto riguarda la caricabilità fisica che rimarrebbe compromessa anche dopo un'operazione di stabilizzazione. Ribadisco invece nuovamente l'importanza di un programma riabilitativo attivo che il paziente dovrebbe svolgere regolarmente tramite esercizi ginnici di stabilizzazione allo scopo di migliorare le condizioni muscolari (inclusi addominali). Per le ore di lavoro il paziente potrebbe inoltre giovare di un sostegno lombare. (...)” (doc. AI 78/6-8) La dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 6 luglio 2006 (doc. AI 79/1-3), ha formulato la seguente raccomandazione: " (...) Prima domanda prestazioni AI del 2/2000 Perizia reumatologica Dr. \_\_\_\_\_ del 812001, Sindrome lombovertebrale cronica e recidivante con/da - spondilolisi vera

bilaterale di L5 con olistesi su S1 di 10 mm - discopatia L5/S1 - instabilità segmentale L5/S1? IL 40% nell'attività lavorativa attualmente svolta di venditore-meccanico biciclette e ciclomotori indipendente, a partire da febbraio 1999. Il perito ritiene adeguata la valutazione basata sull'inchiesta economica per indipendenti del 09.02.2001. In attività adatta rispettando le limitazioni funzionali come da pagina 6/7 della perizia non c'è diminuzione della capacità lavorativa. Valutazione CIP del 27.08.2002 : con le limitazioni funzionali presenti l'A. può ancora svolgere un'ampia gamma di lavori non qualificati leggeri. Decisione UAI del 30.10.2002: nessuna perdita di guadagno, non diritto a prestazioni AI. Seconda domanda prestazioni AI del marzo 2004 Non entrata in materia (decisione su opposizione del 21.04.2005) Terza domanda di prestazioni AI del ottobre 2005 Perizia reumatologia Dr. \_\_\_\_\_ del 16.06.2006 Diagnosi v.s. ( invariata in confronto al 2001) Esame clinico invariato in confronto al 2001 per quanto riguarda la funzionalità del rachide: sindrome vertebrale ancora di entità solo moderata senza segni di neurocompressione con funzione globale del rachide abbastanza ben conservata, simile al 2001 Reperto radiologico colonna lombare pure invariato, non progressione delle discopatie. Non si può oggettivare un peggioramento dello stato di salute in confronto al 2001. Le limitazioni della capacità fisica sono identici a quelle del 2001 e la valutazione della capacità lavorativa rimane invariata. In conclusione , lo stato di salute dell'A. non ha subito un peggioramento in confronto alla precedente valutazione peritale del 2001 e rimangono invariati il profilo delle limitazioni funzionali e la valutazione della capacità lavorativa. P.f. trasmettere copia della perizia al medico curante Dr. \_\_\_\_\_. (...)” (doc. AI 79/3)

2.6. 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 (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; 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.), l'Alta Corte 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 Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Inoltre, 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).

2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ (che ha considerato i pareri espressi dagli altri specialisti antecedentemente alla sua perizia 16 giugno 2006), il quale ha ritenuto l'assicurato inabile al 40% nella sua professione di meccanico/venditore di biciclette e motorini, ma pienamente abile in attività adeguate. La dettagliata ed approfondita valutazione del dr. \_\_\_\_\_ non è stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie e/o un peggioramento delle sintomatologie.

2.7.1. In particolare il dr. \_\_\_\_\_, nel suo rapporto 17 novembre 2005, ha sostenuto che "(...) in considerazione della sua patologia vertebrale il paziente non è in grado di svolgere la sua attività lavorativa nella misura del 100%. Come suggerito anche dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, e dal Prof. \_\_\_\_\_, FMH in neurochirurgia, riteniamo giustificato che il paziente possa beneficiare di mezza rendita AI e continuare la sua attività lavorativa solo per lavori leggeri nella misura del 50%. (...)" (doc. AI 72/2, sottolineature del redattore). La dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in fisiatria spec. reumatologia, nel rapporto 6 febbraio 2004 indirizzato al dr. \_\_\_\_\_, ha concluso che "(...) la mia opinione è che la via più semplice sarebbe chiedere una invalidità del 50% lasciando il paziente nel suo negozio, potrebbe essere aiutato da qualcun altro e gestire i lavori che ha fatto fin'ora. (...)" /doc. 72/6, sottolineatura del redattore). In un certificato medico 18 maggio 2005, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ribadito che: "(...) sono del parere, come già scritto nel mio reperto 6 febbraio 2004, che il lavoro organizzato dal paziente nel suo negozio al 50% avrebbe risolto la sua situazione dal punto

di vista del lavoro e, visto che egli ha fatto opposizione per invalidità, credo che un controllo presso il Prof. \_\_\_\_\_ come specialista chirurgo sarebbe utile per la decisione dell'abilità lavorativa dello stesso in futuro. (...)" (doc. AI 72/5, sottolineatura del redattore). Il TCA rileva che entrambi i medici, dr. \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_, si sono limitati ad esprimersi sulla capacità lavorativa dell'assicurato nella sua professione indipendente con un'officina di vendita e riparazione di bici e motorini senza pronunciarsi sulla capacità lavorativa dello stesso in attività adeguate. In particolare, entrambi i medici non hanno contestato la perizia 3 agosto 2001 nella quale il dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso che "(...) per un'attività lucrativa che possa rispettare i limiti dell'esigibilità il signor RI 1 è da ritenere abile al lavoro in maniera normale. (...)" (doc. AI 26/7). 2.7.2. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurochirurgia, nel rapporto medico 2 gennaio 2006 ha attestato un'inabilità lavorativa al 50% nell'ultima attività esercitata quale meccanico dall'8 agosto 2005, uno stato di salute suscettibile di miglioramento e ritenuto necessario un accertamento medico supplementare (doc. AI 73/1). Nell'allegato al rapporto, senza tuttavia esprimersi sulla capacità lavorativa in attività adeguate, il dr. \_\_\_\_\_ (come già certificato nel rapporto 8 agosto 2005 indirizzato al dr. \_\_\_\_\_; doc. AI 72/3-4) si è limitato a confermare che "(...) la situazione è ulteriormente peggiorata nel maggio 2005, con sintomi caratteristici per un'instabilità segmentaria e un'irradiazione algica nell'arto inferiore ds. (...)" (doc. AI 73/4). La dr.ssa \_\_\_\_\_, poste a confronto le perizie 3 agosto 2001 e 16 giugno 2006 del dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto 6 luglio 2006, ha concluso che "(...) lo stato di salute dell'A. non ha subito un peggioramento in confronto alla precedente valutazione del 2001 e rimangono invariati il profilo delle limitazioni funzionali e la valutazione della capacità lavorativa. (...)" (doc. AI 79/3). Al riguardo va qui ricordato che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) 2.7.3. Neppure è possibile concludere per un peggioramento dello stato valetudinario anche avuto riguardo agli ulteriori accertamenti medici esperiti presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e alle risultanze della MRI del rachide lombare del 13 dicembre 2006. Infatti il dr. \_\_\_\_\_, "Chefarzt Neurochirurgie/Wirbelsäulen-chirurgie" della \_\_\_\_\_, nel suo rapporto 16 novembre 2006 (doc. C), non ha posto delle diagnosi su cui non si sia già espresso il dr. \_\_\_\_\_

e, nel commento alla MRI del rachide lombare del 13.12.2006, ha concluso che “(...) abschliessend besteht somit wie in meinem vorgängigen Bericht erwähnt, keine Operationsindikation sofern nicht neu eine defizitäre Radiculopathie aufgetreten ist. Sollten wiederum Schmerzen in die rechte untere Extremität auftreten, und dies L5 entsprechen, würde ich periradikulär L5 eine CT-gesteuerte Infiltration vornehmen. (...)“ (doc. D). Il dr. \_\_\_\_\_ non si é poi espresso sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Anche il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nelle annotazioni 15 dicembre 2006, ha concluso che “(...) l'attuale visita medica presso la Clinica \_\_\_\_\_ conferma una situazione clinica sovrapponibile a quella presente in occasione della perizia del dr. \_\_\_\_\_. Non vi sono elementi a favore di una modifica di rilievo dello stato di salute. (...)” (doc. X/Bis). Sempre il dr. \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 21 febbraio 2007, ha osservato che “(...) l'attuale RM conferma una situazione nota. In particolare non vi è osteocondrosi erosiva ossia processo infiammatorio attivo a livello vertebrale. Viene confermata l'assenza attuale di una sintomatologia radicolare ma unicamente una irradiazione intermittente ben nota (vedi perizia \_\_\_\_\_) che qualora dovesse ridivenire sintomatica dovrà essere trattata con una infiltrazione sotto controllo TAC. (...)” (doc. XVI/Bis). 2.7.4. In conclusione, rispecchiando le perizie 3 agosto 2001 e 16 giugno 2006 del dr. \_\_\_\_\_ i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6), alle stesse può esser fatto riferimento. Inoltre, non essendo l'interessato affetto da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare la sua capacità al lavoro. E' dunque a ragione che l'Ufficio AI ha concluso per una capacità lavorativa dell'assicurato del 60% nella sua professione indipendente con un'officina di vendita e riparazione di bici e motorini e del 100% in un'attività leggera adeguata che tenga conto dei limiti funzionali posti dal dr. \_\_\_\_\_. 2.8. A fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario dell'art. 16 LPGA (cfr. consid. 2.3), occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante l'invalidità (reddito da invalido). Il TCA rileva che nella decisione 30 ottobre 2002 (doc. AI 47/1-3), cresciuta incontestata in giudicato, l'Ufficio AI aveva rilevato che “(...) il nostro consulente in integrazione professionale, alla luce di questi elementi medici, reputa ancora svolgibile un'ampia gamma di lavori non qualificati, leggeri, quali operaio di fabbrica, commesso, magazziniere, serviceman, custode, fattorino, ecc., nell'esercizio dei quali lei è certamente in condizioni di conseguire un reddito medio di almeno fr. 44'000.-- annui, salario conforme ai dati statistici federali (stato anno 2000). Tenuto conto dei redditi da lei dichiarati e provenienti dall'attività indipendente (dal 1993 al 1996 fr. 39'000.-- annui; 1997 fr. 25'500.-- annui, indi progressiva riduzione del reddito), ben si comprende che non possono sussistere ragioni economiche a sostegno di un pregiudizio finanziario e di un grado di incapacità al guadagno o di invalidità, in quanto lei cambiando genere di attività, senza la necessità di un perfezionamento professionale, è in grado di recuperare integralmente l'attuale perdita lucrativa originata dal danno alla salute. (...)” (doc. AI 47/2). Va qui fatto presente che, conformemente ad una recente giurisprudenza, il TFA ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Pertanto, nella determinazione del

reddito da invalido occorre d'ora in avanti applicare i valori nazionali (Tabella TA1) e non più quelli regionali (Tabella TA13) come sin'ora confermato dal TCA. Tale circostanza non ha in ogni modo alcuna ripercussione sul caso in esame. In effetti, essendo i valori nazionali maggiori di quelli regionali, il reddito esigibile in un'attività adeguata risulterebbe ancora superiore a quello calcolato dall'amministrazione e, di conseguenza, cambiando genere di attività, l'assicurato non subirebbe in ogni caso una perdita economica che giustificerebbe un grado d'invalidità pensionabile. Alla medesima conclusione (grado d'invalidità non pensionabile) si giungerebbe con ogni verosimiglianza anche volendo aggiornare i redditi di riferimento fino al 2006, anno dell'emissione della decisione contestata.

2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va quindi respinto e la decisione impugnata confermata.

2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente. Per questi motivi dichiara e pronuncia

1. Il ricorso è respinto.
2. Le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente.
3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

terzi implicati Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il vicepresidente  
Guffi

Il segretario Raffaele  
Fabio Zocchetti