

## **TI\_GERICHTE 32.2006.18 vom 6. Dezember 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-12-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2006.18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.18)

FR: TI\_GERICHTE 32.2006.18 du 6 décembre 2006

IT: TI\_GERICHTE 32.2006.18 del 6 dicembre 2006

### **Regeste**

Visti i risultati della visita del medico SMR, che ha valutato compiutamente le diverse affezioni ed é giunto ad una conclusione logica e priva di contraddizioni, a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera limitata nel tempo.

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.12.2006 32.2006.18 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.12.2006 32.2006.18 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 06.12.2006 32.2006.18

Visti i risultati della visita del medico SMR, che ha valutato compiutamente le diverse affezioni ed é giunto ad una conclusione logica e priva di contraddizioni, a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera limitata nel tempo.

Raccomandata Incarto n. 32.2006.18 FS /td Lugano 6 dicembre 2006 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 26 gennaio 2006 di RI 1 contro la decisione su opposizione del 23 dicembre 2005 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto e in diritto - RI 1, classe \_\_\_\_\_, attivo quale parchettista indipendente dal 1969, nel luglio 2003 ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI per adulti indicando che “soffro da anni per dolore dovuto a degenerazione artrotica della colonna dorso lombare. Malattia da pressione alta. Il 14.11.2002 operato per diverticoli, per complicazioni alle pareti addominali non sostiene gli organi interessati” (doc. AI 1/1-7); - esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso, per decisione 17 gennaio 2005, confermata con decisione su opposizione 23 dicembre 2005, l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita dal 1° agosto 2003 al 31 agosto 2004 (doc. AI 31/1-3, 33/1-2 e 55/1-5); - con il ricorso in oggetto l'assicurato contesta le valutazioni contenute nel rapporto 18 maggio 2004 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ e la capacità di guadagno considerata dall'Ufficio AI. Egli sostiene che il suo stato di salute sarebbe peggiorato, che nessun datore di lavoro lo assumerebbe in quelle condizioni e chiede il riconoscimento di una rendita AI; - con la risposta di causa l'Ufficio AI, confermando la propria decisione, ha invece postulato la reiezione del ricorso, rilevando che “(...) dall'annotazione medica emessa dal Servizio medico regionale dell'AI (SMR) che si allega alla presente risposta, si evince in maniera inequivocabile come non vi sia stato alcun peggioramento inerente lo stato di salute del qui ricorrente con susseguente influsso sulla capacità lavorativa dello stesso. Infatti, nella sua annotazione in fine del 10 febbraio 2006 il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR dell'AI ha precisato quanto segue: “[...] In considerazione di questi elementi ritengo che la presenza di una problematica psichiatrica rilevante con influsso sulla capacità lavorativa non sia oggettivata

in modo sufficiente da mettere in forse le conclusioni della visita SMR” (...); - con scritto 8 marzo 2006 l'assicurato ha prodotto nuova documentazione precisando che “(...) ho sempre dichiarato, e di conseguenza contestato (vedi mio ricorso), la valutazione fisica riguardo i problemi all'addome e alla parte dorsale oltre la conseguente possibilità del rapporto di lavoro-guadagno molto ridotta (...)”. Egli ha poi ripetuto che “(...) non ho chiesto prestazioni all'AI per motivi psichici e non capisco perché nella valutazione (Annotazioni del medico) ci sono risposte praticamente solo inerenti ad esse, queste sono complicazioni del mio stato fisico generale e per ora non sono ragioni primarie, almeno lo spero (...)”; - la 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; - oggetto del contendere è sapere se a ragione all'assicurato è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera limitatamente al periodo dal 1° agosto 2003 al 31 agosto 2004; - 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. Giusta 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 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 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). La valutazione dell'invalidità non è stabilita unicamente in base a fattori puramente medico-teorici (DTF 110 V 275, 105 V 207; RAMI 1996, p. 34, 36; STFA inedita 23 marzo 1992 nella causa F.A.). La documentazione medica costituisce un importante elemento di

giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 124; RCC 1982 p. 35); - 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 p. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 p. 180; ZAK 1984 p. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, p. 128); - ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI: " il diritto alla rendita secondo l'articolo 28 nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato: a) presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40 per cento, oppure b) è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media." Secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media. Di regola il periodo di carenza incomincia non appena l'assicurato subisce una diminuzione sensibile del suo rendimento nella professione esercitata sino a quel momento ed il termine può cominciare a decorrere anche quando l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno o non esercita alcuna attività lucrativa (DTF 105 V 159; RCC 1979 p. 281, 1970 p. 402). Una diminuzione della capacità di lavoro del 20% soddisfa già la nozione legale (Pratique VSI 1998 p. 126). Alla scadenza del termine di 360 giorni l'assicurato deve presentare un'incapacità - questa volta - di guadagno del 40% almeno, che verrà definita secondo i disposti dell'art. 28 LAI. L'ammontare della rendita che verrà versata dipende dal grado d'incapacità di lavoro durante il periodo di carenza e di quello dell'incapacità di guadagno residua dopo i 360 giorni. Di conseguenza una rendita intera potrà essere riconosciuta solo se l'incapacità media di lavoro durante l'anno di carenza è stata di due terzi almeno e se in seguito sussiste un'incapacità di guadagno di perlomeno pari grado (RCC 1980 p. 263). Pertanto se l'incapacità media di lavoro è stata del 60% durante 360 giorni, l'assicurato non avrà diritto per cominciare che ad una mezza rendita anche se allo scadere del termine la sua incapacità di guadagno supera i due terzi. Inversamente, se dopo 360 giorni di incapacità media di lavoro di oltre due terzi l'incapacità di guadagno è scesa al 60%, l'assicurato avrà diritto unicamente ad una mezza rendita d'invalidità (Valterio, op. cit. pag. 222s, Pratique VSI 1998 pag. 126-127). Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI); - l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa

T., I 299/03). 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. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (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); - 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 (Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda il medico di fiducia, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 111). 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). Nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni espresse 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 una affezione psichica. 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 lavorativa 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata; - l'assicurato è stato visitato il 17 maggio 2004 dal dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, che, posta la diagnosi di "Stato dopo resezione parziale del sigma (novembre 2002) per due episodi consecutivi di diverticoli – Complicazione infettiva con deiscenza della ferita e guarigione per secundam dopo 5 mesi con cicatrice addominale allargata e diastasi dei muscoli addominali – Sindrome lombo-vertebrale cronica – Stato dopo laparotomia nel 1970 per tubercolosi miliare con complicazioni addominali – Stato ansioso-depressivo di lieve entità su problemi famigliari e lavorativi – Ipertensione arteriosa sotto trattamento (valori normali all'esame) – Diabete mellito di tipo II noto da circa un anno che non necessita terapia medicamentosa – Iperlipidemia sotto trattamento" (doc. AI 24/1-7), ha espresso la seguente valutazione conclusiva: " (...) Si tratta di un assicurato da sempre attivo quale parchettista-tappeziere indipendente. Dall'anamnesi si evidenzia una laparotomia eseguita nel 1970 in seguito a dolori addominali con compromissione dello stato generale. Venne posta la diagnosi di tubercolosi miliare con complicazione addominale. Dopo 10 mesi di cure l'assicurato ha potuto riprendere l'attività lavorativa. Non sono rimaste delle sequele che hanno in seguito compromesso la sua capacità lavorativa. L'anamnesi segnala che circa 25 anni fa l'assicurato avrebbe sofferto di frequenti mal di testa che hanno portato a numerosi esami e a una consultazione presso la Clinica Universitaria di \_\_\_\_\_. Questi episodi si sono ripetuti fino al 1984-85, dopo di che non si sono più ripetuti. Da circa una decina d'anni soffre di lombalgie recidivanti che sarebbero aumentate in concomitanza con l'intervento addominale eseguito nel novembre 2002. In passato sarebbero state eseguite delle radiografie che l'assicurato non ha tuttavia portato con sé alla visita odierna. All'esame clinico risulta una motilità ridotta, non si evidenziano deviazioni e la muscolatura paravertebrale non è contratta. C'è inoltre l'insufficienza della muscolatura addominale. Non abbiamo a disposizione radiografie recenti della colonna vertebrale. Il referto inviato dal medico curante concernente la visita ortopedica del 1992 mostra già allora la presenza di modiche alterazioni degenerative L5-L5 e i resti di un morbo di Scheuermann su L3. Tenendo conto dell'esame clinico non ritengo sia indicato eseguire un ulteriore esame radiografico, perché i limiti da porre non sarebbero più ristretti di quelli da me posti durante la visita. L'assicurato presenta nella regione addominale una cicatrice allargata con deiscenza dei muscoli retti addominali, protrusione del contenuto addominale al colpo di tosse e insufficienza della muscolatura addominale. La palpazione della cicatrice non è dolente, non si palpano ispessimenti. L'assicurato riesce a malapena a tenere le due gambe alzate dalla posizione sdraiata sulla schiena per una decina di secondi. Non riesce ad alzarsi dalla posizione sdraiata a quella seduta senza l'aiuto delle mani. Dal punto di vista psichico alla visita non si possono evidenziare franchi segni di una depressione. L'assicurato ha intrapreso una cura di 4-5 mesi interrotta circa 6 mesi fa. Non presenta disturbi del sonno e dell'appetito, i contatti sono mantenuti, è presente pure una volontà di assistere il figlio nel

suo percorso per uscire dalla tossicomania e nel facilitarlo nella conduzione della propria attività che vorrebbe lasciargli. Non ritengo che questo abbia attualmente un influsso sulla capacità lavorativa. Anche l'ipertensione arteriosa, il leggero diabete mellito e l'iperlipidemia non hanno alcun influsso sulla capacità lavorativa. L'assicurato presenta i seguenti limiti: può sollevare e trasportare pesi fino a 10 kg, saltuariamente fino a 15, raramente fino a 20 kg. Lavori inflessione della colonna possono essere eseguito per 15-20 minuti di seguito al massimo e non più di 3-4 volte al giorno. Lavori in posizione inginocchiata sono da eseguire pure nella misura sopra descritta. L'assicurato non è limitato negli spostamenti, nel salire e scendere le scale. L'uso delle mani e delle braccia non è limitato. L'assicurato può guidare fino a due ore di fila al massimo, dopo di che è necessario osservare una pausa di 10-15 minuti. Può lavorare in posizione seduta per due ore di fila con possibilità di alzarsi in seguito per circa 5-10 minuti. La posizione eretta può essere mantenuta senza limitazioni a condizione di potersi spostare. In attività che comportano questi limiti l'assicurato è abile nella misura di 8 ore al giorno, vista l'insorgenza dei dolori addominali che comportano la frequenza di pause bisogna calcolare la diminuzione di rendimento del 10% circa. Trattasi di malattia di lunga durata a partire dall'agosto 2002, visto l'intervento chirurgico e le complicazioni susseguite è giustificato calcolare una incapacità lavorativa totale fino al luglio 2003. Dall'agosto 2003 vale l'incapacità lavorativa del 75% data dal curante. Dal maggio 2004 valgono i limiti sopra descritti. La capacità lavorativa nell'attività abituale è da valutare attorno al 30%, visto che l'assicurato non può portare pesi, non può lavorare a lungo in posizione flessa e inginocchiata e quindi non può garantire un'esecuzione dei lavori sufficientemente tempestiva. La capacità lavorativa non è aumentabile con l'aiuto di mezzi terapeutici, la situazione è da considerarsi stabile. Una revisione non è indicata per motivi medici a breve termine. (...)" (doc. AI 24/5-6) Nella delibera 21 dicembre 2004 l'Ufficio AI – considerato che dal 18 agosto 2002 (inizio dell'anno di attesa) la capacità lavorativa nella sua professione è stata nulla, dall'agosto 2003 del 25% e dal 18 maggio 2004 del 30% nella sua abituale attività e del 90% in attività adeguate – ha quindi riconosciuto all'assicurato una rendita intera dal 1° agosto 2004 al 31 agosto 2005 (doc. AI 32/1-2 e 31 /1-3). - in sede di opposizione l'assicurato ha trasmesso all'amministrazione il certificato medico 7 aprile 2005 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale, che, poste le diagnosi note, ha rilevato che "(...) il signor RI 1, come più volte certificato, ha una polipatologia tale da non poter svolgere attività lavorative in modo completo e regolare. Il suo stato clinico attualmente si è aggravato in particolar modo dal punto di vista psicologico con l'instaurarsi di un forte quadro ansioso depressivo legato a problemi familiari, personali e di salute fisica. A questo punto è più che urgente sottoporre il paziente a cura psichiatrica ambulatoriale. In merito alla domanda A.I. sono del parere che qualsiasi decisione venga presa si dovrebbe permettere una perizia di tipo psichiatrico e ortopedico. L'attuale terapia si basa su antiipertensivi, antidepressivi serotoninergici ed alte dosi di ansiolitici (...)" (doc. AI 39/8). Nelle sue annotazioni 2 giugno e 16 dicembre 2005 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR si è così espresso: "(...) Dal punto di vista medico, rivedendo la mia relazione della visita SMR del 17.05.2004, confermo quanto scritto. In particolare non è per niente necessaria una valutazione ortopedica, in quanto i limiti funzionali descritti per quanto riguarda la caricabilità della colonna (tenendo conto anche dell'insufficienza della muscolatura addominale) sono molto bassi. L'A. è stato esaminato diligentemente per quanto riguarda la colonna vertebrale dal punto di vista clinico e i limiti descritti sono sostenibili. Dal punto di vista psichico al momento dell'esame non era presente una sindrome ansioso - depressiva, tanto meno "imponente" come sostiene il curante. La terapia

con psicofarmaci era stata interrotta 5-6 mesi prima della visita ed era durata 4-5 mesi (quindi corta). Il sonno era buono e sufficiente, non usava ipnotici. L'aspetto, il comportamento, il tono dell'umore non evidenziava una depressione. Naturalmente era preoccupato per la sua situazione socio-professionale e per quella del figlio (che aveva avuto in passato problemi di droga; l'A. era molto impegnato nel sostenere il figlio nell'astinenza), questo non configura però la diagnosi di depressione. Diabete, al momento della visita non necessitante una terapia, ipertensione arteriosa in cura con 1 medicamento, e iperlipidemia non causano IL, malgrado l'opinione contraria della legale. Ritengo quindi che la valutazione fatta sia corretta fino al momento della visita. Non posso escludere, vista l'anamnesi con precedenti episodi depressivi, che la situazione possa in seguito essere peggiorata, nel qual caso una perizia psichiatrica può entrare in considerazione. (...)" (doc. AI 41/1) " (...) NON è documentato nessun peggioramento, rimando per la presa di posizione sulla lettera del curante (che rivendicava una valutazione psichiatrica e ortopedica) a quanto scritto il 02.06.2005. Le patologie sono state prese in considerazione durante la visita SMR ed in conseguenza sono stati valutati i limiti funzionali, peraltro assai ristretti. Inoltre anche in attività leggere si è preso in considerazione una diminuzione di rendimento (per i dolori addominali). Nel frattempo non è stato documentato nessun peggioramento, ma solo un diverso giudizio sulle CL dell'A. da parte del curante e un suo parere su come si dovrebbero condurre le "indagini AI" (cioè visita specialistica ortopedica e psichiatrica), al quale ritengo di aver risposto nell'annotazione 02.06.2005 (...)" (doc. AI 45/1) - in sede di ricorso l'assicurato ha presentato il rapporto medico 30 novembre 2005 del Servizio di oftalmologia e oftalmolchirurgia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_. Al riguardo il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nelle sue annotazioni 10 febbraio 2006, ha osservato che: " (...) Problematica abducens OS: L'isolata paresi del nervo abducens porta a diplopia fastidiosa, diplopia che può essere trattata in modo palliativo con occlusione dell'occhio o applicazione di prismi. L'impedimento funzionale è paragonabile ad una persona monocola, quindi dopo un periodo di assuefazione di poche settimane, al massimo mesi la persona è in grado di svolgere attività che non richiedono la visione binoculare o stereoscopica (criteri non necessari per svolgere l'attività ritenuta esigibile in occasione della visita SMR). Di regola l'isolata paresi del nervo abducens ha una buona prognosi con regressione del disturbo nel corso di 6 mesi (...)" (doc. III/Bis) Nel rapporto medico 10 febbraio 2006 del Servizio cantonale di Neurologia, sottoscritto dal primario dr. \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e indirizzato al dr. \_\_\_\_\_, si conclude che "(...) per quanto riguarda la paresi del VI sinistro, prendiamo atto del miglioramento avvenuto, che lascia sperare un completo recupero nelle prossime settimane. Riguardo alle parestesie notturne alla mano sinistra un esame elettroencefalografico ha permesso di mettere in evidenza una molto lieve sindrome del tunnel carpale, per la quale abbiamo prescritto una stecca volare da applicare al polso di notte. Finalmente, l'irradiazione branchialgica destra associata alle cervicalgie, è già in fase di miglioramento, è di probabile origine pseudoradicolare, e non prevediamo particolari indagini (...)" (doc. B/14); - viste le risultanze appena esposte, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di atti medici, questo Tribunale deve innanzitutto concludere che, applicando correttamente le norme che regolano l'inizio e la modificazione del diritto, a ragione l'Ufficio AI ha stabilito che l'assicurato ha diritto a una rendita intera a fare tempo dal 1° agosto 2003 fino al 31 agosto 2004 (art. 29 LAI e art. 88a OAI). Il TCA rileva infatti che il dr. \_\_\_\_\_ ha valutato compiutamente le diverse affezioni di cui l'assicurato è portatore ed è giunto ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito all'abilità

lavorativa del 30% nella sua professione e del 90% in attività adeguate dal mese di maggio 2004. In particolare non è possibile giungere ad una diversa conclusione visti i certificati medici 7 aprile e 12 dicembre 2005 del dr. \_\_\_\_\_. Nel certificato 7 aprile 2005 – dopo che nell’allegato al rapporto medico 24 novembre 2003 lo aveva dichiarato abile in attività più leggere nell’ambito di una professione che non sia quella di decoratore-tappezziere senza indicare un rendimento ridotto in questa evenienza (doc. AI 12/3) – il dr. \_\_\_\_\_ non si è espresso chiaramente sulla capacità lavorativa dell’assicurato e si è limitato a sostenere che si dovrebbe effettuare una perizia psichiatrica e ortopedica (doc. AI 39/8). Lo stesso medico, nel certificato 14 dicembre 2005, posta la diagnosi di “paresi dell’abducente nell’OS”, ha attestato un’inabilità al lavoro del 100% dal 26 novembre 2005 in avanti (doc. AI 46/2). Al riguardo, il primario dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 10 febbraio 2006 del Servizio cantonale di Neurologia, hanno concluso che “(...) per quanto riguarda la paresi del VI sinistro, prendiamo atto del miglioramento avvenuto, che lascia sperare un completo recupero nelle prossime settimane (...)” (doc. II/Bis). Va qui inoltre ricordato che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell’occasione l’Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Alla valutazione del 18 maggio 2004 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 24/1-7), eseguita dopo approfondita visita e esame degli atti, che non evidenzia contraddizioni e non si può affermare essere fondata su accertamenti di fatto errati, può quindi senz’altro essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai ricordati criteri stabiliti dalla giurisprudenza. Lo stesso vale per le seguenti annotazioni 2 giugno e 16 dicembre 2005 del dr. \_\_\_\_\_ e 10 febbraio 2006 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 41/1, 45/1 e III/Bis). Neppure è possibile concludere diversamente avuto riguardo alle argomentazioni personali e non avallate da atti medici sviluppate dall’assicurato nel proprio ricorso; - in particolare per quanto riguarda la problematica psichiatrica, a prescindere dal fatto che è lo stesso assicurato che non la ritiene primaria (vedi doc. V), in ogni caso essa non è certificata da uno specialista in psichiatria (cfr. STFA del 23 aprile 2004 nella causa N., I 404/03; STFA del 12 giugno 2006 nella causa C., I 771/05) e non vi è nessun atto medico che soddisfi le esigenze poste dalla giurisprudenza per poter concludere circa l’esistenza di un danno psichico invalidante; - in merito alle ripercussioni economiche del danno alla salute la consulente in integrazione professionale ha evidenziato che “(...)

considerando un reddito ipotetico senza danno alla salute (RH, 2002) di fr. 40'000.- (cf Elementi della Tassazione), una capacità di lavoro residua del 90% in attività adeguata e applicando una riduzione del 15% (per attività leggere e primo impiego), secondo le statistiche RSS risulta un reddito da invalido di circa fr. 38'631.- e una capacità di guadagno residua del 96,58% (...)” (doc. AI 30/2). Dal punto di vista medico l’assicurato può svolgere, nella misura di 8 ore al giorno con una diminuzione del rendimento del 10%, attività che rispettino i seguenti limiti: “(...) può sollevare e trasportare pesi fino a 10 kg, saltuariamente fino a 15 kg, raramente fino a 20 kg. Lavori in flessione della colonna possono essere eseguiti per 15-20 minuti di seguito al massimo e non più di 3-4 volte al giorno. Lavori in posizione inginocchiata sono da eseguire pure nella misura sopra descritta. L’assicurato non è limitato negli spostamenti, nel salire e scendere le scale. L’uso delle mani e delle braccia non è limitato. L’assicurato può guidare fino a due ore di fila al massimo, dopo di che è necessario osservare una pausa di 10-15 minuti. Può lavorare in posizione seduta per due ore di fila con possibilità di alzarsi in seguito per circa 5-10 minuti. La posizione eretta può essere mantenuta senza limitazioni a condizione di potersi spostare (...)” (cfr. rapporto medico 18 maggio 2004 del dr. \_\_\_\_\_; doc. AI 24/6). La consulente in integrazione, nel rapporto 29 novembre 2004, ha rilevato che “(...) l’A potrebbe essere integrato sul mercato del lavoro supposto in equilibrio, in attività leggere, poco qualificate e confacenti con il danno alla salute, ad esempio quale operaio generico (addetto al controllo, etichettatura, assemblaggio), venditore in un commercio al dettaglio, in un chiosco (attività diversificata: vendita al banco, consigliare la clientela, rifornimento e stoccaggio della merce sui banchi nei limiti della caricabilità descritti sopra), custode addetto alla sorveglianza e alla manutenzione (con mansioni leggere: es piccole riparazioni, cambiare lampadine o altri oggetti in disuso) (...)” (doc. AI 30/2). Al riguardo va fatto presente che, conformemente al principio dell’obbligo di ridurre il danno, l’assicurato è tenuto ad intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221). Quanto al reddito da valido, per l’imposta cantonale 2001-2002 l’assicurato è stato tassato in base ad un reddito aziendale di fr. 40'000.-- (doc. AI 17/4). Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell’interessato, a condizione però che quest’ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall’attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (“Soziallohn”) (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l’assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall’Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere

completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, confermato in Pratique VSI 2002 p. 64). La consulente in integrazione professionale, secondo le statistiche RSS, considerata una capacità al lavoro residua del 90% in attività adeguate e applicando una riduzione del 15%, ha determinato un reddito da invalido di fr. 38'631 (doc. AI 30/2). Ora, va 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). Tale circostanza non ha tuttavia alcuna ripercussione sul caso in esame, essendo i valori nazionali superiori a quelli regionali considerati dall'Ufficio AI. Il TCA rileva inoltre che anche volendo applicare la riduzione massima del 25% del reddito da invalido l'assicurato non raggiungerebbe un grado d'invalidità pensionabile. Alla medesima valutazione si giungerebbe anche volendo aggiornare i redditi (da valido e da invalido) al 2005, ritenuto che anche successivamente al 2002 con ogni verosimiglianza l'assicurato non raggiungerebbe un grado d'invalidità del 40%; - visto tutto quanto precede la decisione impugnata va pertanto confermata e il ricorso respinto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto. 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, 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 Il segretario Raffaele  
Guffi Fabio Zocchetti

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