

TI_GERICHTE 32.2006.192 vom 26. September 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.192

FR: TI_GERICHTE 32.2006.192 du 26 septembre 2006

IT: TI_GERICHTE 32.2006.192 del 26 settembre 2006

Erwägungen

E. 7

cm indolente e poi con dei dolori fino a 2 cm . Dolori alla palpazione delle articolazioni ileo-sacrali e dei processi spinosi L3/S1. Inoltre dolori alla palpazione della muscolatura para-vertebrale lombare e indurimento più pronunciato a sinistra. BMI 29. Eseguite tutte le sere della ginnastica della durata di 20 minuti ed ogni tanto aggiunge in seguito degli esercizi con degli attrezzi. I disturbi e le lamentele del Signor RI 1 sono credibili tanto più che è proprietario di una ditta e avrebbe tutto l'interesse di poter lavorare al 100% nel suo lavoro. Finora il Signor RI 1 ha lavorato al 40% facendo soprattutto dei lavori amministrativi tralasciando il lavoro quale parchettista. Un lavoro quale parchettista con questa sintomatologia che è spiegabile con le alterazioni sopraccitate non è possibile in modo totale in quanto la posizione inginocchiata e lo sforzo sono controindicati con questa sintomatologia. Esigibile nella misura di 2 a 3 ore al giorno con diverse pause intramezzo." (Doc. VI/bis) Al riguardo, il dr. _____, nelle sue annotazioni dell'8 gennaio 2007 ha osservato: " Perizia reumatologica dr. _____ del 26.1.2006: Diagnosi: sindrome lombo-vertebrale su iniziali alterazioni degenerative a livello del segmento L4/L5 e L5/S1 gonalgia a destra e condropatia della patella stato dopo stiramento del legamento collaterale mediale e del legamento crociato anteriore al ginocchio destro nell'anno 2003 conclusioni: abile al 100% in attività adatta, abile all'80% quale parchettista decisione UAI del 26.9.2006: nessun diritto a rendita attualmente in sede di ricorso viene presentato un rapporto del dr. _____ del 28.11.2006. Da questo rapporto non risulta una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurato rispetto al momento della valutazione peritale. La descrizione dello status clinico è in pratica sovrapponibile a quello riscontrato dal dr. _____ (dolori alla palpazione e nella fase finale della flessione). conclusione: assenza di modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale che va quindi confermata." (Doc. VIII/bis) In corso di causa, questa Corte si è rivolta al dr. _____, sottoponendogli lo scritto del dr. _____, con invito ad apprezzare se tale referto è atto a modificare le sue conclusioni peritali (XII). Questa è stata la sua risposta, pervenuta al TCA in data 31 agosto 2007: " (...) Ho visualizzato la lettera scritta dal medico curante, dr. _____, in data 28.11.2006. Per quanto riguarda le valutazioni obiettive del collega, in particolar modo l'esame clinico, vedo come egli segnali una buona e normale mobilità sia della colonna cervicale, che della colonna lombare, con dei disturbi piuttosto soggettivi nella fase finale dei movimenti. Non ho riscontrato che siano state eseguite nel decorso ulteriori indagini di tipo radiologico, né delle radiografie convenzionali, né un'ulteriore nuova RM. Tenendo quindi in considerazione la descrizione dei reperti clinici ed il fatto che non siano state eseguite nuove indagini di tipo radiologico in questo periodo, ritengo che sostanziali modifiche rispetto alla mia valutazione peritale del 26.01.2006 non siano subentrate. Non posso che ribadire quanto da me determinato nella mia valutazione di allora." (Doc. XIII) Con scritto del 17 settembre 2007 indirizzato al patrocinatore il dr.

_____ ha osservato: " Gli ultimi accertamenti radiologici sono stati effettuati il 10 maggio 2004, seguiti poi da un consulto neurochirurgico presso il dott. _____ il 26 luglio 2004 con la diagnosi di sindrome lombo-vertebrale nell'ambito di una discopatia con lesione dell'anulo fibroso ai livelli L4/L5 e L5/S1. Il 24 settembre 2007 verrà eseguita una nuova risonanza magnetica a livello lombare per avere un confronto con quella del 2004. A causa dell'assenza del signor RI 1 l'appuntamento non è potuto essere realizzato prima." (Doc. G) Con scritto del 26 settembre 2007 indirizzato al patrocinatore dell'assicurato il dr. _____ ha rilevato quanto segue: " In allegato le mando la copia del referto di risonanza magnetica effettuata il 24 settembre 2007. Si rileva un peggioramento della situazione in quanto vi è anche una patologia a livello L3-L4 non presente nella risonanza magnetica del 2004." (Doc. XIX/2) Nel referto del 24 settembre 2007 concernente l'esame di RM della colonna lombare del 24 settembre 2007 il dr. _____ del Servizio di radiologia dell'_____ ha posto le seguenti conclusioni: " Reperto di una protrusione discale mediana paramediana verso destra a livello L3-L4, non menzionato nei riferimenti anamnestici, quindi eventualmente di nuova insorgenza rispetto al precedente del 2004 di cui non abbiamo le immagini. Protrusione discale lieve a livello L4-L5 senza evidenti conflitti. Protrusione discale mediana paramediana destra L5-S1 con possibile conflitto S1 a destra." (Doc. XIX/1) 2.5. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause G., U 329/01 ed S., U 330/01; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa B., I 569/97; STFA 28 novembre 1996 nella causa F., U 113/96; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; DTF 123 V 175, consid. 4b, pag. 178; Pratique VSI 2001 pag. 106, consid. 3c, pag. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra Massima Istanza 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 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03). Per quel che riguarda i certificati del 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, in dubbio, egli attesterà in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause G., U 329/01 ed S., U 330/01 ; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Pratique VSI 2001 p. 109; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause G., U 329/01 e S., U 330/01). Il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 si è espresso sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, 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. (...) " (consid. 3.2) 2.6.

Nell'evenienza concreta, questo Tribunale, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che la perizia reumatologica del dr. _____, sulla quale si fonda la decisione di rifiuto delle prestazioni, difetta della necessaria forza probante e non può pertanto essere posta alla base di un giudizio senza che prima si proceda ad un complemento istruttorio . Il dr. _____ ha infatti espressamente indicato di avere reso il suo parere peritale del 13 febbraio 2006 basandosi, tra l'altro, sull'esame di RM della colonna lombare eseguita presso l'_____ di _____ in data 10 maggio 2004 dal dr. _____ (cfr. doc. 21-5, sottolineatura della redattrice). Da tale esame emerge come

l'assicurato presenta una " moderata discopatia con protrusioni discali e fessure a livello dell'anulus fibrosus spazi L4-5 e L5-S1, ma non evidenza di compromissione radicolare " (doc. 2-9 inc. cassa malati). Sulla base dei suoi accertamenti e delle risultanze della RM citata, il perito ha ritenuto che l'interessato presenti in particolare " dei disturbi a livello della colonna lombare riferibili ad una sindrome lombo-vertebrale su una minima discopatia a livello L4/L5 e L5/ S1 con alla RM delle protrusioni discali ed una fessura a livello dell'anulus fibroso ", evidenziando che le radiografie da lui eseguite non mostrano patologie di sorta a livello dei segmenti vertebrali analizzati . Egli ha poi indicato che accanto a questa problematica principale, il paziente presenta anche uno stato dopo distorsione del ginocchio destro, con presenza di una condropatia retro-patellare, nonché uno stato dopo stiramento del legamento collaterale mediale e del legamento crociato anteriore, senza tuttavia alcun versamento, nè segni di artrosi e senza alcun sospetto per un'instabilità significativa de l ginocchio o per una lesione del menisco (doc. 21-6, sottolineatura della redattrice). Il perito ha quindi concluso che, tenendo in considerazione tali aspetti, che dal punto di vista clinico e radiologico sono molto limitati, l'interessato è da ritenere abile al lavoro all'80% nella sua attività di parchettista (con riferimento ad un impiego a tempo pieno, per otto ore e mezza al giorno), ma pienamente abile al lavoro in attività di tipo prettamente amministrativo, quale quella svolta (al 40% viste le dimensioni dell'attività) nella sua ditta (doc. 21-6). Il dr. _____ ha inoltre aggiunto che, tramite un'adeguata terapia (in particolare una fisioterapia appropriata con della ginnastica di rinforzo muscolare della muscolatura lombosacrale), i disturbi del paziente potrebbero ulteriormente migliorare, così come pure la limitazione della sua capacità lavorativa quale parchettista (doc. 21-7). L'assicurato ha contestato queste conclusioni, producendo il certificato medico del dr. _____, il quale ha considerato l'attività di parchettista, che comporta il mantenimento della posizione inginocchiata per lungo tempo, non più esigibile al 100%, ma solo nella misura di due-tre ore al giorno (doc. VI/bis). Il dr. _____, chiamato dal TCA ad esprimersi in merito al certificato medico del curante prodotto pendente causa, con scritto del 23 agosto 2007, ha rilevato che il dr. _____, nelle sue valutazioni obiettive, ha segnalato una buona e normale mobilità sia della colonna cervicale, sia della colonna lombare, indicando la presenza di disturbi piuttosto soggettivi nella fase finale dei movimenti. Il dr. _____ ha poi evidenziato che, sulla base dei reperti clinici e tenuto conto del fatto che non sono state eseguite nel frattempo nuove indagini di tipo radiologico, né delle radiografie convenzionali, né un'ulteriore nuova RM, a suo parere non sono intervenute sostanziali modifiche rispetto alla sua valutazione peritale del 26 gennaio 2006, ribadendo quindi totalmente quanto già apprezzato in sede peritale (doc. XIII, sottolineature della redattrice). Tali conclusioni relative all'assenza di modifiche delle condizioni di salute dell'interessato, in mancanza di nuove indagini radiologiche, sono tuttavia state smentite a distanza di poco tempo. Dalla documentazione agli atti, infatti, emerge che un nuovo esame di RM è stato effettuato dal dr. _____ in data 24 settembre 2007 e che dallo stesso è emerso un peggioramento dello stato di salute dell'interessato, così come attestato dal dr. _____ nel suo scritto del 26 settembre 2007 (doc. XIX/2, sottolineatura della redattrice). Dall'esame di RM della colonna lombare del 24 settembre 2007 risulta infatti la presenza di un " reperto di una protrusione discale mediana paramediana verso destra a livello L3-L4, non menzionato nei riferimenti anamnestici, quindi eventualmente di nuova insorgenza rispetto al precedente del 2004 di cui non abbiamo le immagini. Protrusione discale lieve a livello L4-L5 senza evidenti conflitti. Protrusione discale mediana paramediana destra L5-S1 con possibile conflitto S1 a destra " (doc. XIX/1, sottolineatura

della redattrice). Al riguardo, l'amministrazione, nelle osservazioni del 15 ottobre 2007, ha indicato che il presunto peggioramento della situazione non ha motivo di essere preso in considerazione, in quanto successivo alla decisione impugnata che delimita il potere cognitivo del giudice, evidenziando che eventuali comprovati e duraturi peggioramenti dello stato di salute dovranno venire presi in considerazione nell'ambito di una nuova procedura assicurativa (doc. XXI). A tal proposito, va rilevato che per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, salvo che si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto, il referto del 26 settembre 2007 del dr. _____, attestante il peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato, così come l'esame di RM della colonna lombare del 24 settembre 2007, sono posteriori alla decisione impugnata. Tuttavia, occorre porre l'accento sul fatto che il radiologo ha evidenziato che la nuova protrusione discale mediana paramediana verso destra a livello L3-L4, rilevata dalla RM del 2007, non era menzionata nei riferimenti anamnestici ed è quindi di nuova insorgenza rispetto alla precedente RM del 2004 (doc. XIX/1, sottolineature della redattrice). Questi nuovi riscontri a livello radiologico emersi nel 2007, che dimostrano un peggioramento delle patologie dell'interessato rispetto al 2004, senza tuttavia accertare a partire da quale momento sono subentrati, possono quindi essere presi in considerazione da parte di questo Tribunale, in quanto possono permettere di accertare lo stato di salute dell'assicurato antecedente al provvedimento contestato. Pertanto il referto del dr. _____ del 26 settembre 2007, accompagnato dall'esame di RM della colonna lombare del 24 settembre 2007, sono rilevanti ai fini del presente giudizio, essendo suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 26 settembre 2006 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Alla luce di tutto quanto esposto e in particolare del dimostrato peggioramento delle patologie dell'interessato a livello lombare, questa Corte ritiene che la fattispecie, per quanto riguarda il giudizio sulle patologie e sull'incapacità al lavoro dell'assicurato, non è stata adeguatamente e compiutamente indagata. Ciò soprattutto in ragione del fatto che il perito, dr. _____, interpellato dal TCA al fine di valutare se le sue conclusioni possano essere influenzate dallo scritto del curante, ha confermato le sue conclusioni peritali, evidenziando che a suo parere non siano intervenute sostanziali modifiche rispetto alla valutazione peritale del 26 gennaio 2006 e questo sulla base dei reperti clinici e tenuto conto del fatto che non siano state eseguite nel frattempo nuove indagini di tipo radiologico (né delle radiografie convenzionali, né un'ulteriore nuova RM) (doc. XIII). Tale conclusione, tuttavia, come visto, è stata smentita dalla nuova RM del 24 settembre 2007, che ha per contro evidenziato un peggioramento delle affezioni lombari rispetto al 2004, senza ulteriori specificazioni, in particolare circa il momento di insorgenza delle nuove affezioni lombari a livello L3-L4. Essendo tale questione tutt'altro che secondaria, ben potendo la nuova protrusione discale paramediana verso destra a livello L3-L4 essere insorta ben prima della decisione impugnata, ma essere stata evidenziata solo in occasione della RM del 24 settembre 2007, si rende quindi necessario, al fine di giungere ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurato e sulle sue effettive ripercussioni invalidanti, procedere ad un'accurata valutazione reumatologica. Spetterà quindi all'amministrazione, cui gli atti vengono rinviati per un complemento istruttorio, approfondire le patologie di cui è affetto l'assicurato,

stabilire la tempistica dell'insorgenza della nuova protrusione discale mediana paramediana ed esprimersi sull'influenza dei vari disturbi lombari sull'abilità lavorativa del ricorrente. La considerazione dell'amministrazione circa il fatto che il peggioramento della sintomatologia è successivo alla decisione impugnata, essendo stato "scoperto" tramite il nuovo esame radiologico del settembre 2007, non è tale da sovvertire la conclusione a cui è giunta questa Corte. In effetti, visto che il raffronto, per concludere circa l'insorgenza di una nuova patologia lombare, è stato fatto tra la RM della colonna lombare del 24 settembre 2007 e la precedente, del 10 maggio 2004, non è possibile, come fatto in maniera semplicistica dall'amministrazione, concludere che il peggioramento sia successivo alla decisione impugnata, ben potendo essere intervenuto antecedentemente. In tale contesto va segnalato che in una recente sentenza I 556/06 del 13 settembre 2007 il Tribunale federale ha confermato il giudizio con il quale questo Tribunale aveva rinviato gli atti all'amministrazione affinché procedesse ad ulteriori accertamenti. In questa sentenza la nostra Massima Istanza ha criticato l'operato dell'amministrazione, che tramite il proprio medico aveva ritenuto che non fosse possibile, nel corso di quella procedura, procedere, alla luce di un rapporto medico successivo alla decisione impugnata, all'esame del danno alla salute dell'interessato, e l'aveva invitato a ripresentare una nuova domanda di prestazioni AI per adulti alla fine della cura di disintossicazione in atto. Al riguardo l'Alta Corte ha rilevato: "(...) In simili circostanze risulta difficile comprendere i motivi per i quali l'UAI, tramite il proprio medico, sostenga che un esame del danno alla salute e del suo carattere invalidante non possa essere effettuato nell'ambito della presente procedura. Come precisato dal Tribunale cantonale, il rapporto del Servizio psico-sociale del 9 settembre 2005 attesta fatti rilevanti per il giudizio in quanto il soggiorno presso Villa Argentina è iniziato nel febbraio 2005, immediatamente dopo la dimissione dalla CPC, mentre la decisione impugnata è datata 21 luglio 2005. Dal ricovero in CPC dell'11 dicembre 2004 alla pronuncia della decisione impugnata sono quindi trascorsi oltre sette mesi. Al riguardo va ancora evidenziato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta sì di principio la legalità della decisione su opposizione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata emanata; ciò non toglie tuttavia che i fatti verificatisi ulteriormente possano eventualmente imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (v. DTF 99 V 98 consid. 4 pag. 102). Ne consegue che il rapporto del 9 settembre 2005, oltre ad attestare fatti rilevanti per il giudizio, indica pure che l'astinenza si è consolidata, confermandone la rilevanza ai fini dell'esame dello stato di salute psichico dell'assicurato e delle conseguenze sulla capacità lavorativa. (...)” (sentenza citata, pag. 8) 2.7. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. In proposito cfr. pure STF I 327/06 del 17 aprile 2007 consid. 5. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il

risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nell'evenienza concreta ci si trova confrontati ad un accertamento sommario dei fatti, come dimostrato dall'esame di RM lombare del 2007, che ha evidenziato un peggioramento delle patologie dell'interessato rispetto al precedente esame di RM lombare del 2004. Si giustifica, pertanto, l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'Ufficio AI perché, ordinata una perizia medica volta a determinare quando è insorta la nuova protrusione discale paramediana verso destra a livello L3-L4, la relativa evoluzione e le conseguenti ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'insorgente, tenuto conto anche della protrusione discale lieve a livello L4-L5 senza evidenti conflitti e della protrusione discale mediana paramediana destra L5-S1 con possibile conflitto S1 a destra, si pronunci nuovamente sulla sua domanda di prestazioni. 2.8. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto a un'indennità per ripetibili da mettere a carico dell'UAI (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). 2.9. 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, in cui la parte resistente è soccombente, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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