

TI_GERICHTE 32.2006.64 vom 18. April 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-04-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.64

FR: TI_GERICHTE 32.2006.64 du 18 avril 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2006.64 del 18 aprile 2007

Regeste

Amministrazione ha correttamente proceduto, in via di revisione, alla soppressione della rendita, visto il miglioramento delle condizioni di salute dell'interessato accertato tramite esame peritale. Dal raffronto dei redditi emerge un grado di invalidità del 29%, che non dà diritto ad una rendita.

Erwägungen

E. 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 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 che 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 che 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 dell'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). 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in

previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso

E. 3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 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. 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di

un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella causa N. (I 404/03), nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi

deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza del 28 maggio 2004 nella causa B. (I 702/03), il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza del 16 dicembre 2004 nella causa J., I 770/03 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05), si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (nдр.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia

si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)" (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) 2.6. L'assicurato, nel mese di aprile 2003, ha chiesto la revisione della rendita per un peggioramento delle sue condizioni di salute. Nel rapporto medico il dr. _____, FMH in medicina generale, poste le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " sindrome dolorosa lombospondilogenica cronicizzata in stato dopo frattura da compressione di L1/L2 e discopatie multiple L3/L5 di tipo degenerativo; spondilartrosi lombare; quadro depressivo reattivo in personalità aggressiva e poco differenziata " e quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di " sindrome somatoforme da dolore cronico; diabete mellito sintomatico con discreti segni di polineuropatia; esiti da frattura L1-L2; iperlipidemia, ipertensione arteriale di I grado " e dopo aver indicato che lo stato di salute è suscettibile di peggioramento (doc. AI 53-1), ha ritenuto l'interessato inabile al lavoro al 100% nella precedente attività, così come in altre attività, dato che vi è un " rifiuto da parte del paziente di svolgere attività lavorativa in quanto si definisce gravemente ammalato " (doc. AI 53-3). Il dr. _____ ha tenuto a precisare che l'assicurato è in cura specialistica presso il dr. _____ (doc. AI 53-2). Interpellato dall'Ufficio AI, con rapporto medico 25 febbraio 2004 il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " disturbo depressivo cronicizzato; diabete mellito; sindrome lombovertebrale; stato dopo frattura da compressione del corpo della vertebra L1 ", ha giudicato l'assicurato totalmente inabile nella precedente attività, ma abile al lavoro " anche da subito, da

E. 4

a

E. 8

ore al giorno, nelle attività che non esigono un particolare impegno della forza fisica, negli ambienti dove è possibile cambiare la postura o variare la postura da seduta a eretta e viceversa ", con una riduzione del rendimento del 60% (doc. AI 55-5). L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM. Nel dettagliato referto 21 settembre 2004 i periti - sulla base delle risultanze degli atti contenuti nell'incarto, nonché degli accertamenti medici eseguiti presso il SAM (consulto psichiatrico del dr. _____,

consulto reumatologico del dr. _____, consulto neurologico del dr. _____, consulto oftalmologico della dr.ssa _____) - hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ sindrome lombospondilogenica cronica con stato dopo frattura anamnestica di L1-L2 l' 11.9.1998, DD: modiche deformazioni a cuneo nell'ambito di una distrofia di Scheuermann, modiche alterazioni statiche e modiche alterazioni degenerative; sindrome cervicospondilogenica cronica con modiche alterazioni degenerative, esiti da distrofia di crescita di Scheuermann senza rilevanza clinica” e quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa quelle di “ sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD10 F33.0); sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10 F45.4), DD: simulazione; astigmatismo misto; iperopia; presbiopia; dislipidemia mista con importante ipertrigliceridemia; alcuni lipomi sul corpo; micosi inguinale ed ascellare bilaterale; diabete mellito non insulinodipendente, con sospetta iniziale polineuropatia diabetica a predominanza sensitiva distale agli arti inferiori e positività per microalbuminuria (valore da ricontrollare) ” (doc. AI 61-10). In merito alle conseguenze sulla capacità lavorativa, i periti hanno sottolineato quanto segue: " (...) 7 VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITÀ LAVORATIVA. L'A. é da ritenere inabile al lavoro nella misura del 70% quale muratore carpentiere. In un'attività lavorativa medio - pesante l'A. deve essere ritenuto abile nella misura del 70%. In un'attività lavorativa leggera e adatta l'A. é da ritenere totalmente abile al lavoro. 8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA In considerazione: - di un attestato miglioramento dal punto di vista psichiatrico, con atteggiamento menzognero e manipolatorio da parte dell'A., con il chiaro intento di confondere i medici coinvolti. - della valutazione reumatologica del dr. _____ che mette sotto una nuova luce la lesione a livello L1-2, sempre interpretata come una frattura e attualmente come stato da m. di Scheuermann; dobbiamo considerare l'insorgenza di un miglioramento oggettivo delle condizioni di salute dell'A.. L'esame clinico mostra un miglioramento non solo a livello psichiatrico, ma anche a livello reumatologico - ortopedico. A nostro avviso la mancata assunzione dei medicinali non permette di concedere un'incapacità lavorativa dal lato psichiatrico per una sindrome depressiva, considerata di grado lieve (che necessiterebbe di ben altri medicinali), e una sindrome somatoforme, che per altro, secondo la LAI, non dev'essere considerata come malattia inficiante la capacità lavorativa, soprattutto se caratterizzata da chiari atteggiamenti manipolatori. Per quanto concerne l'affezione internistica, l'A. è affetto da un diabete mellito non insulinodipendente, che attualmente ha probabilmente contribuito a creare una lieve polineuropatia sensitiva, che però - come ben descritto dal nostro consulente neurologo - non riduce la capacità lavorativa. Altri organi bersaglio al momento non sono colpiti. E' presente una microalbuminuria che potrebbe essere compatibile con un'iniziale nefropatia diabetica, patologia che non può concorrere a ridurre la capacità lavorativa dell'A.. Sospettiamo che l'A. abbia di proposito non assunto gli antidiabetici orali durante il soggiorno presso il SAM per far risultare valori elevati di glicemia. E' presente una dislipidemia mista, e in particolare un'importante ipertrigliceridemia; pertanto chiediamo al medico curante di intraprendere un trattamento adeguato e proporre una dieta all'A.. E' difficile stabilire quando sia subentrato il miglioramento dello stato di salute dell'A., così come descritto sopra, ma sicuramente a partire dalla data dell'attuale perizia l'A. dev'essere considerato inabile nella misura sopra descritta. Se nel 2001 valeva il principio "in dubio pro reo", ora i dubbi sono stati mitigati dai fatti e quindi dobbiamo essere coerenti e conseguenti nella nostra presa di posizione. 9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Riteniamo che l'A. possa svolgere un'attività lavorativa medio -

pesante nella misura del 70% ed un'attività lavorativa leggera in misura totale. La prognosi è però incerta, in considerazione dell'atteggiamento manipolatorio e oppositivo dell'A., che sicuramente tenderà a boicottare una ripresa dell'attività lavorativa. 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione fra tutti i medici periti del SAM. E' un errore elargire una rendita a chi intenzionalmente mente, omette di proposito di assumere i farmaci e assume atteggiamenti manipolatori e rivendicativi non solo nei confronti dei periti ma anche dei propri medici curanti. Infatti, la concessione di prestazioni AI ad assicurati che si comportano come il nostro peritando concorre a screditare tutti i richiedenti e beneficiari di rendite AI di fronte all'opinione pubblica ed, inoltre, concorre pure a favorire e perpetrare nel tempo simili comportamenti invece di scoraggiarli. Domande particolari non sono poste. Ci permettiamo di inviare una copia della perizia al medico curante dr. _____, affinché sia al corrente delle conclusioni SAM, il quale avrà l'arduo compito di motivare l'A. all'assunzione dei medicinali e a seguire una dieta adeguata, sia per il diabete, sia per la dislipidemia mista. Chiediamo che controlli il tasso di HbA1c ed il valore del FT3." (Doc. AI 61-12+13) Con scritto 16 novembre 2004 indirizzato all'Ufficio AI il curante, dr. _____, ha osservato: " Ho rivisto il 18 ottobre il paziente succitato che mi ha informato dei risultati degli accertamenti medici in occasione della revisione del suo caso. Questi accertamenti avrebbero stabilito il grado d'invalidità al 30%. Nel mio ultimo rapporto inviatovi in data 25 febbraio 2004 il quadro psichico del paziente mi è apparso abbastanza pesante e ho ipotizzato l'esistenza di un'incapacità lavorativa al 60%. Devo precisare che con questo paziente non ho avuto una regolare presa a carico bensì la sua richiesta d'aiuto avveniva prevalentemente nelle situazioni di crisi e per questa ragione, non sentendomi sicuro vi ho proposto, al punto C7, che era necessario un ulteriore aggiornamento degli accertamenti medici. Prevedo che questo paziente intraprenderà di nuovo una battaglia giuridica come lo ha fatto in precedenza dapprima con l'avvocato _____ ed in seguito con lo studio dell'avvocato _____, dopo essersi rivolto alla _____. D'altro canto visto che vi è una discrepanza tra la mia valutazione e quella dello psichiatra del SAM mi piacerebbe analizzare meglio i punti di discordanza per scoprire per quale ragione questo paziente mi è apparso più ammalato di quanto lo sia realmente. Per questa ragione vi prego di inviarmi la relazione peritale del SAM." (Doc. AI 63-1) Nel suo rapporto medico 28 aprile 2005 la dr.ssa _____ del SMR ha rilevato: " (...) In conclusione, nella attuale perizia SAM viene oggettivato un miglioramento dello stato psichico con presenza unicamente di una lieve sindrome depressiva in assenza di trattamento specifico psicoterapeutico o psicofarmacologico e quindi valutato di carattere non invalidante, mentre la sindrome somatoforme da dolore persistente è caratterizzata da chiari atteggiamenti manipolatori e non viene considerata patologia con influsso sulla capacità lavorativa. La capacità lavorativa viene ora unicamente limitata dalla patologia ortopedica-reumatologica, di entità piuttosto modesta e quindi con ripercussioni unicamente su attività lavorative pesanti o mediamente pesanti. In attività leggera, ergonomicamente adatta, l'A. è da considerare abile al lavoro in misura completa. Valutazione SMR: in occasione di questa perizia vengono maggiormente oggettivati gli atteggiamenti manipolatori e l'aggravazione mostrata dal peritando. Già in occasione della precedente perizia SAM del 2001 i periti avevano la netta impressione che in primo piano si fosse situata una tendenza all'aggravamento, essendo confrontati con un A. estremamente dimostrativo che utilizza la sua tendenza regressiva in modo volontario con lo scopo di guadagno secondario. Questa precedente osservazione viene ora consolidata in maniera

inequivoca: l'A. in questi anni non ha intrapreso nulla per seguire le raccomandazioni mediche e non ha aderito allo schema terapeutico prescritto: nonostante ciò non si è potuto osservare un peggioramento dello stato di salute ma bensì un miglioramento complessivo dello stato psichico, con ulteriore remissione della sindrome depressiva. Quindi anche la sindrome somatoforme da dolore cronico, inquinata inoltre da atteggiamenti manipolatori nel senso di aggravazione volontaria, va ridimensionata in merito al suo influsso sulla capacità lavorativa: di regola, in assenza di patologia psichiatrica rilevante, essa non ha un carattere invalidante. Non sono neppure evidenziabili altri fattori che possano far ammettere un carattere invalidante della sindrome somatoforme da dolore cronico (semmai presente), tipo patologia organica concomitante di certa gravità con decorso cronico o progrediente, ritiro sociale, misure riabilitative non riuscite nonostante motivazione e buona volontà. In assenza di tutti questi fattori è quindi esigibile dall'assicurato di superare i suoi disturbi tramite forza di volontà (Willensanstrengung) adeguata e di reinserirsi in attività lavorativa adatta. In assenza di una sindrome somatoforme da dolore cronico con carattere invalidante, le alterazioni degenerative di modica entità a livello vertebrale non hanno nessun influsso sulla capacità lavorativa in attività leggera ed ergonomicamente adatta, come effettivamente valutato dai periti SAM. Non entro in merito alle osservazioni espresse nel capitolo 10 della perizia SAM in quanto non sono pertinenti per la valutazione oggettiva del caso: a prescindere da qualsiasi valutazione "moralistica" del caso, è stato dimostrato in modo chiaro per quali motivi e con quali criteri si può giungere alla attuale valutazione in merito alla capacità lavorativa, basandosi unicamente su reperti oggettivabili e verificati. Ad rivalutazione consulente IP. Per quanto concerne la lettera del curante psichiatra Dr. _____ del 16.11.2004, essa non contiene nessuna ulteriore informazione utile in quanto si riallaccia al suo ultimo rapporto medico del 24.02.2004, ampiamente preso in considerazione dai periti SAM. I punti di discrepanza tra la valutazione del curante psichiatra e la valutazione SAM sono stati ampiamente chiariti e discussi nella perizia stessa. Inviare quindi copia perizia al Dr. _____ (previo consenso dell'A.), qualora non ancora fatto." (Doc. AI 64-4+5) A seguito dell'opposizione dell'assicurato alla decisione dell'amministrazione di sopprimere la rendita (vista la piena capacità lavorativa in attività adeguate e dopo aver proceduto al raffronto dei redditi, con il risultato di un grado di invalidità del 29%), la dr.ssa _____ con rapporto medico 3 agosto 2005 ha osservato: " (...) Valutazione economica UAI: non emergono i presupposti per poter adottare dei provvedimenti di ordine professionale: viene ricalcolata la CGR in base all'attuale capacità lavorativa in attività leggera ergonomicamente adatta: risulta un grado d'invalidità del 29%. Quindi con decisione del 19.05.2005 soppressione della rendita. Attuale OPPOSIZIONE alla decisione del 19.05.2005 tramite rappresentante legale. In sostanza - viene contestato un miglioramento dello stato di salute e di conseguenza il fatto che in presenza di stato di salute invariato ci sia ora una diversa valutazione della capacità lavorativa - viene contestata la valutazione SMR in merito alla sindrome somatoforme cronica Patologia psichiatrica: è indubbiamente avvenuto un miglioramento dello stato di salute psichico rispetto alla precedente valutazione SAM del 2001. In particolare viene evidenziata una diminuzione dell'angoscia e dell'ansia libera con miglioramento complessivo del quadro psicopatologico, avendo la sindrome depressiva mostrato un'ulteriore remissione, attualmente valutata solo di lieve entità nonostante l'assenza di trattamento specifico. La sintomatologia algica legata alla sindrome somatoforme da dolore persistente appare invariata. Quindi, in assenza di psicopatologia concomitante di rilievo, ribadisco la mia precedente valutazione per quanto concerne il carattere invalidante di una

sindrome somatoforme da dolore persistente. Nel 2001, in presenza di una psicopatologia concomitante (stato depressivo) valutata più importante di quanto lo sia adesso, anche la sindrome somatoforme da dolore persistente poteva assumere un certo carattere invalidante, mentre ora, in assenza di una psicopatologia di rilievo e di altri fattori citati nella precedente valutazione, questo carattere invalidante non è più dimostrabile. Quindi, in applicazione dei criteri di Förster, il miglioramento dello stato psichico (stato depressivo) può tranquillamente giustificare una valutazione diversa dell'influsso della sindrome somatoforme da dolore persistente. A questo proposito va pure ricordato che la diagnosi stessa di sindrome somatoforme va presa con prudenza, essendo il quadro clinico ora manifestamente "inquinato" con atteggiamenti di aggravazione, con diagnosi differenziale di simulazione. In conclusione, a livello psichico è stato dimostrato un miglioramento dello stato depressivo il quale risulta ora unicamente di lieve entità. L'assenza di psicopatologia concomitante di rilievo permette di concludere ora per un carattere non invalidante della sindrome somatoforme da dolore persistente, in applicazione dei criteri di Förster. La valutazione dei periti SAM in merito alla capacità lavorativa determinata dalla situazione psichica globale merita quindi conferma. Patologia reumatologica-ortopedica: anche ammettendo che sia sostanzialmente irrilevante se le alterazioni strutturali ancora presenti (lieve deformazione a cuneo di L2) siano in relazione con esiti di M. di Scheuermann oppure in relazione a esiti di pregressa frattura vertebrale consolidata, bisogna essenzialmente paragonare le limitazioni della funzionalità fisica che sono state oggettivate nel 2001 con quelle che sono ancora attualmente presenti a livello oggettivo: bisogna sottolineare che, in ambedue le situazioni di valutazione, l'esame clinico dell'A. risultava estremamente difficoltoso vista la scarsa collaborazione e l'aggravamento mostrato dall'A. In occasione della valutazione del Dr. _____ nel 2001 veniva comunque oggettivata una limitazione funzionale della colonna lombare nonché un accorciamento della muscolatura ischio-crusale. Inoltre risultava una discreta limitazione della funzionalità della spalla destra alla abduzione e elevazione in esiti di contusione del 1998. In occasione della valutazione reumatologica del Dr. _____ e neurologica del Dr. _____, non è oggettivabile nessuna limitazione della flessione anteriore della colonna lombare (uno Schober del 10-15, perfettamente normale, in effetti, parla contro una limitazione della motilità lombare), non è presente nessuna contrattura della muscolatura paravertebrale e la contrazione gluteale risulta simmetrica. Anche a livello delle spalle non viene oggettivata una limitazione funzionale, risultando la mobilizzazione di qualunque struttura articolare dolorosa in modo aspecifico. Quindi, contrariamente a quanto costatato nel 2001, attualmente non sono oggettivabili delle limitazioni della funzionalità fisica. Il miglioramento della funzionalità fisica con attualmente assenza di limitazioni funzionali oggettivabili, indipendentemente dalle alterazioni strutturali sottostanti, giustificano il giudizio dei periti SAM in merito alla piena capacità lavorativa in attività lavorativa leggera e adatta. In conclusione, si può affermare un miglioramento dello stato di salute sia a livello psichico sia a livello della funzionalità fisica, la quale attualmente non risulta limitata in modo oggettivabile, diversamente da quanto costatato in occasione della precedente valutazione peritale SAM del 2001. Quindi anche la diversa valutazione della capacità lavorativa si giustifica." (Doc. AI 83-5+6) 2.7. In sede ricorsuale l'assicurato ha prodotto lo scritto 20 marzo 2006 del dr. _____, FMH in neurochirurgia, al dr. _____, del seguente tenore: " La ringrazio per il nuovo invio del suo soprannominato paziente che ho rivisto in data 20.03.06. Come lei sa, trattasi di un paziente sofferente di una sindrome lombovertebrale con dolori alle gambe, dolori alla spalla dx apparsi dopo un infortunio

subito l'11 settembre del 1998. Inoltre il paziente soffre di importanti cefalee nell'ambito di una cefalea a grappolo (Horton). Le vecchie risonanze del 1999 e del 2001 confermavano incipienti discopatie diffuse del rachide lombare in assenza però di compressioni radicolari. Attualmente il paziente accusa ancora forti dolori lombari, irradiazioni alle gambe, dolori alla spalla dx e mal di testa prevalentemente verso sera. Soggettivamente domina la lombalgia ed il dolore alla spalla dx. All'esame clinico noto una mobilità lombare fortemente ridotta e dolente in maniera diffusa in ogni posizione. Palpazione dolente e diffusa del rachide lombare e dorsale, come pure della muscolatura paraspinale sia lombare sia dorsale. Presenza di un pseudolasègue bilaterale a 44-50°. Nessun deficit motorio. Parestesia diffusa alla gamba dx. Riflessi conservati e simmetrici. La nuova RM riconferma le incipienti discopatie del rachide lombare in assenza di compressioni radicolari. A livello L3/4 leggera stenosi del canale spinale. Artrosi delle faccette articolari da L2/3 e L4/5. In considerazione di quanto sopra penso che un procedere chirurgico sia poco probabile, trattandosi di una patologia diffusa. Tuttavia penso che una parte dei disturbi possa provenire dalle artrosi delle faccette articolari, ragion per cui ho proposto al paziente inizialmente un'infiltrazione sotto TAC delle faccette L4/5 bilateralmente. In un secondo tempo si valuterà se provvedere anche a livello L3/4 e L2/3. La informerò sull'esito di queste infiltrazioni." (Doc. B) Al riguardo, nelle sue annotazioni 11 aprile 2006 il dr. _____ del SMR ha indicato: " Vedi valutazione SMR, dr.ssa _____, del 3.8.2005 eseguita in fase di opposizione. In fase di ricorso viene presentato: lettera del dr. _____ del 20.3.2006 indirizzata al medico curante . Viene riferito di un esame RM della colonna lombare con presenza di incipienti discopatie del rachide lombare in assenza di compressioni radicolari. A livello L3/4 leggera stenosi del canale spinale, Artrosi delle faccette articolari da L2/3 a L4/5. Viene sconsigliato un procedere chirurgico mentre viene proposta una infiltrazione faccettaria sotto controllo TAC. Valutazione: l'attuale lettera del dr. _____ non permette di oggettivare una modifica sostanziale dello stato di salute a livello lombare. L'attuale referto radiologico conferma l'assenza di una problematica discale o vertebrale maggiore. Vengono evidenziate incipienti discopatie lombari, referto ben compatibile con l'età dell'assicurato, discopatie che sono da ritenersi fisiologiche. Vengono esplicitamente escluse compressioni radicolari. La presenza di una leggera stenosi del canale spinale non ha rilevanza clinica dato che questa problematica non ha ripercussioni su strutture nervose e non trova correlato clinico tipo claudicatio spinale. La presenza radiologica di un'artrosi delle faccette articolari è pure da vedersi nel contesto di alterazioni degenerative consone all'età dell'assicurato. Da notare che già in occasione della TAC lombare del 2001 erano state riscontrate delle alterazioni degenerative a livello lombare, problematica di cui si tiene ampiamente conto nella diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica ed i relativi limiti funzionali. Conclusione: l'attuale lettera del dr. _____ non permette di oggettivare una modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla perizia SAM." (Doc. VII/bis) Con rapporto medico 20 aprile 2006 indirizzato al dr. _____ il dr. _____ ha osservato: " La informo nuovamente sul suo soprannominato paziente che ho rivisto il 18.04.06 dopo aver provveduto per un'infiltrazione sottoTAC delle faccette articolari L4/5 bilateralmente. Non ritorno sull'anamnesi a lei ben nota e faccio riferimento al mio precedente scritto. Il paziente è sofferente di una sindrome lombovertebrale nell'ambito ormai da anni di una discopatia diffusa con spazi ancora abbastanza ben conservati. Non ci sono compressioni radicolari tuttavia presenza di artrosi delle faccette articolari da L2/3 a L4/5. L'infiltrazione delle faccette articolari L4/5 non solo non ha avuto un buon effetto, ma al contrario ha causato un

notevole aumento dei dolori soggettivi con parestesie e bruciore alla gamba in modo particolare a dx. Inoltre il paziente ha avuto una reazione allergica al Cortisone. In considerazione del fatto che ci sia stato un peggioramento con il Cortisone dopo l'infiltrazione, è chiaro che ulteriori infiltrazioni non entrano in considerazione. Anche un procedere più aggressivo, vale a dire un intervento di fissazione dei segmenti discopatici, a mio modo di vedere comporta un grande rischio di peggiorare in maniera notevole la situazione per cui personalmente non vedo né l'opportunità né l'indicazione di un tale procedere. Non rimarrà altro che continuare con terapia conservativa." (Doc. IX/bis) Nelle sue annotazioni 12 maggio 2006 il dr. _____ ha commentato: " Vedi nota del 11.4.2006. A cui si aggiunge: lettera del dr. _____ del 20.4.2006: da questa lettera risulta che l'infiltrazione delle faccette articolari non ha avuto esito favorevole. L'esito "negativo" di tale infiltrazione con "reazione allergica al cortisone" sicuramente non può essere portato quale argomento in favore di un peggioramento sostanziale dello stato di salute dell'assicurato ma potrebbe anzi confortare l'importanza di componenti comportamentali (vedi valutazione da parte del dr. _____ in ambito SAM). In conclusione: si conferma valutazione e conclusioni precedenti basate su valutazione SAM in assenza di modifica sostanziale dello stato di salute." (Doc. XI/bis) L'assicurato ha inoltre prodotto lo scritto 19 maggio 2006 del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " Con il presente certifico di aver visitato il paziente in data 3, 10 e 19 maggio 06 ambulatorialmente. Il paziente al momento della prima visita e di seguito, presentava un disturbo depressivo di grado medio-grave con riduzione dell'istinto vitale e idee suicidali, parzialmente correlato a disturbo somatoforme da dolore persistente, già noto da tempo e, soprattutto, a problematiche di ordine finanziario e famigliari. Dal 10 maggio u.s. ho introdotto una terapia antidepressiva con paroxetina 20 mg x 1 al giorno, nonché Temesta exp. 1 mg x 2 die, previsti ulteriori colloqui di sostegno psicoterapico. L'incapacità lavorativa attuale, per motivi psichiatrici è almeno del 50-75 %. In fede." (Doc. XIII/bis) In data 15 dicembre 2006 il dr. _____ ha inviato al dr. _____ il seguente scritto: " In riferimento a quanto da me scritto nella lettera del 19.5.06, concernente il paziente sopraccitato, la vorrei aggiornare come segue. Lo stato depressivo di cui il paziente soffre sta peggiorando sempre più, malgrado appropriata medicazione antidepressiva instaurata. Dal profilo delle cure psichiatriche, il paziente mostra una buona compliance con il sottoscritto, e questo probabilmente ha prevenuto, sino ad oggi, il precipitare completo della situazione, in particolare la possibilità di eventi suicidali. L'aspetto finanziario del sig. RI 1 è del tutto problematico con unica fonte sicura di reddito mensile il lavoro della moglie (che percepirebbe Fr. 2050.- mensili), e nessuna altra entrata. L'ambiente famigliare intorno al sig. RI 1 (moglie e due figli minorenni) risente pure pesantemente dello stato timico del congiunto e dei dissesti finanziari per cui si innestano frequenti dissapori e conflitti. Il paziente fatica a reperire i soldi per l'acquisto dei farmaci in particolare quelli ipoglicemizzanti necessari alla cura del diabete mellito tipo II con migroangiopatia. Le glicemie per colloquio diretto odierno con il medico curante Dr. _____, sono spesso fuori norma, anche di molto (180mg), malgrado le cure. Per tutto quanto esposto ritengo che la capacità lavorativa ormai da molti mesi non superi il 25-30%." (Doc. 97) Con scritto 8 febbraio 2007 indirizzato alla patrocinatrice il dr. _____ ha indicato: " Rispondo con questa mia, alla sua cortese richiesta di informazioni concernenti il paziente sopraccitato. A proposito dei quesiti posti, le comunico quanto segue: 1. Il sig. RI 1 soffre di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio medio grave (ICD 10: F 33.1), sindrome somatoforme da dolore persistente, (F45.4). 2.

L'incidenza dei problemi finanziari e famigliari sullo stato di salute citato sopra è significativo, ma non unica causa dello stesso. 3. In caso venisse accordata una rendita di invalidità, non escludo che la situazione psichiatrica del sig. _____, comunque a sè stante, ne trarrebbe giovamento. Ciò potrebbe eventualmente consentire la riduzione dell'incapacità lavorativa, attualmente del 75%, almeno di un 10-20%. Non considero in questo il problema del diabete mellito, di cui il paziente soffre da anni, che potrebbe influenzare lo stato di salute e la prognosi. 4. Dalla prima seduta ambulatoriale avvenuta con il paziente in data 3 maggio 2006, ho riscontrato lo stato depressivo medio grave, introducendo immediatamente terapia farmacologia antidepressiva. Da tale momento l'incapacità lavorativa era quella sopra descritta e tale è rimasta sino ad oggi. Non posso peraltro esprimermi sulla situazione antecedente del sig. RI 1, rimandando eventualmente la risposta al medico di famiglia, dr. _____ che da lungo tempo lo segue e lo conosce." (Doc. XVIII/3) Questi nuovi attestati medici sono stati così commentati dal dr. _____ nelle sue annotazioni 21 febbraio 2007 " Attualmente vengono presentati rapporti del dr. _____, FMH psichiatrica del 15.12.2006 e del 8.2.2007: - da tali rapporti risulta che l'assicurato è in sua cura da maggio 2006 con presenza di disturbo depressivo di grado medio-grave con influsso sulla capacità lavorativa Valutazione: in considerazione della certificazione specialistica risulta possibile un peggioramento della problematica psichica non in ultimo in relazione alla tuttora pendente problematica di rendita. Il potenziale peggioramento è databile con maggio 2006, data della presa a carico specialistica." (Doc. XX/bis) 2.8. 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 G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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 O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; 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 il 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; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 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.), 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). 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). 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 G.C., I 355/03). 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 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). Se e 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 P.G., U 329/01 e S., U 330/01). A finché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, 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. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124) 2.9. Dopo attento esame degli atti all'inserto, ritenute le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM nella perizia 21 settembre 2004 – alla quale va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza citata (consid. 2.8.) – e visto che il medico curante si è limitato a riferire in modo generico e non documentato

di un peggioramento dello stato di salute, questo Tribunale deve concludere che, per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, non vi è stato nessun peggioramento dello stato valetudinario dell'assicurato, ma anzi che lo stesso è migliorato.

2.9.1. Innanzitutto occorre rilevare che, rispetto a quanto valutato in occasione della precedente perizia SAM del 2001, dal punto di vista psichiatrico il perito ha potuto constatare un miglioramento delle condizioni di salute: nel referto peritale 31 agosto 2004 il dr. _____ ha infatti espressamente indicato che “ l'evoluzione psichiatrica del quadro psicopatologico da me descritto nel 2001 presenta un miglioramento complessivo ”, con diminuzione dell'angoscia e dell'ansia libera (doc. AI 61-21, sottolineatura della redattrice). Tale miglioramento a mente del perito giustifica un'incapacità lavorativa del 20%. I periti del SAM, chiamati ad esprimersi globalmente, hanno invece ritenuto eccessiva tale percentuale, giungendo alla conclusione che l'interessato, visto il suo atteggiamento contraddittorio, tendente a far apparire il suo stato peggiore di quanto sia realmente (dicendo di assumere regolarmente i farmaci, mentre dagli esami emerge che egli non segue il trattamento prescritto), sia completamente abile in attività adeguate. Questo tipo di atteggiamento è stato puntualmente constatato anche dal dr. _____: nel suo rapporto peritale egli ha avuto modo di rilevare come il contatto con l'interessato sia difficoltoso, osservando in particolare la presenza di un eloquio non spontaneo e spesso contraddittorio (ad esempio quando allude al fatto di non uscire mai di casa, salvo aver riferito poco prima di uscire quotidianamente) e una tendenza all'esagerazione della sintomatologia algica e depressiva. Il perito ha sottolineato l'attitudine manipolatoria dell'interessato, osservando che “ questa sua esagerazione è evidenziata dalle diverse contraddizioni che si sono messe in evidenza durante il colloquio, dall'incongruenza che si constata fra la gravità del quadro clinico in sé e nella sua tendenza regressiva, in parte manipolatoria, dalla poca collaborazione al trattamento psichiatrico (come espresso dal collega _____ nel suo rapporto) ” (doc. AI 61-21, sottolineature della redattrice). Le valutazioni del dr. _____ non fanno che confermare quanto già constatato in precedenza sia dal curante, dr. _____, sia dai periti SAM nella perizia del 2001. Nel rapporto 25 febbraio 2004 il dr. _____ aveva infatti indicato che, dopo il settembre 2003, allorquando c'era stato un miglioramento dello stato di salute grazie all'assunzione di sali di litio, l'interessato non si era più presentato, aveva “ abbandonato ogni trattamento, con grossi problemi microsociale, in un permanente conflitto con la moglie e i figli. Ha rifiutato un ripristino della presa a carico, ricorrendo a giustificazioni quali la distanza, le scarse risorse finanziarie e i vari impegni di famiglia ” (doc. AI 55-4, sottolineature della redattrice). Anche in occasione della precedente perizia SAM del 2001 il dr. _____ aveva riscontrato “ la tendenza alla regressione del comportamento. Inoltre tende a somatizzare i conflitti intrapsichici. Si ha l'impressione che in parte egli utilizza questa sua tendenza in modo volontario con lo scopo secondario di essere riconosciuto nella sua posizione regressiva ” (doc. AI 26-23, sottolineatura della redattrice). Nel referto peritale 26 settembre 2001 i periti del SAM, stante la valutazione del dr. _____ di un'incapacità lavorativa dell'assicurato dal punto di vista psichiatrico del 40% (doc. AI 26-23), avevano espresso dei dubbi, indicando di avere “ l'impressione che in primo piano si situi una tendenza all'aggravamento. Per questo motivo l'incapacità lavorativa del 40% ritenuta dal consulente, dr. _____, è a nostro avviso eccessiva ed un 20%-30% sarebbe più corretto ” (doc. AI 26-14, sottolineature della redattrice). I periti avevano poi osservato di ritenere che l'assicurato, dall'atteggiamento estremamente dimostrativo, utilizzasse “ la sua tendenza regressiva in modo volontario, con lo scopo secondario di essere riconosciuto in

questa posizione (e, secondo noi, probabilmente con l'intento di ottenere un guadagno secondario) ” aggiungendo che “ in considerazione dell'andamento critico del quadro regressivo e della tendenza alla dimostrazione, riteniamo che la presa a carico psichiatrica e psicoterapeutica attualmente in atto presso il dr. _____ vada continuata. La prognosi resta stazionaria e dipenderà dall'evoluzione futura. Una nuova valutazione delle condizioni psicopatologiche è indicata a distanza di due anni ” (doc. AI 26-15, sottolineatura della redattrice). La precedente valutazione dei periti del SAM del 2001 di un'incapacità lavorativa per motivi psichici del 20%-30% al massimo non è stata contestata dall'interessato. A fronte quindi di una situazione psichiatrica oggettivamente migliorata nel corso degli anni, al momento della perizia del 2004 non appare giustificata un'incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico del 20%, come stabilito dal dr. _____.

Maggiormente motivata e convincente appare la valutazione globale 21 settembre 2004 dei periti SAM, i quali, ritenuto il miglioramento dello stato psicologico dell'assicurato, hanno sottolineato come “ la tendenza manipolatoria nonché poco collaborativa dell'assicurato, per altro ben descritta dal nostro consulente, dovrebbe aprire ad altre ipotesi di lavoro. Il fatto stesso che l'assicurato presso il SAM affermi di assumere litio regolarmente, come pure lo afferma al medico curante, medicamento che senz'altro negli ultimi tempi l'assicurato non ha assunto, essendo il tasso ematico negativo, deve farci considerare l'ipotesi di simulazione (...). D'altra parte, se attualmente l'assicurato presenta una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve e non assume nessun medicamento per tale patologia, è chiaro che si tratta di una patologia talmente poco significativa da trovare risoluzione senza farmaci ” (doc. AI 61-10). A fronte di tali alternative, i periti hanno concluso che “ il peritando di fatto dimostra di non aver intrapreso quanto necessario per migliorare il suo stato di salute e, al contrario, ha cercato continuamente di far cadere in errore i medici curanti ed i periti nel suo non essere chiaro e preciso, addirittura menzognero. Non possiamo pertanto confermare la valutazione del dr. _____, che attesta un'incapacità lavorativa del 20%. Riteniamo che il fatto stesso che l'assicurato asserisca di assumere dei farmaci che non assume, mostrando un miglioramento clinico, permetta di concludere per una patologia che non riduce la capacità lavorativa dell'assicurato ” (doc. AI 61-11, sottolineature della redattrice). A tali conclusioni può essere prestata adesione. Del resto, anche la dr.ssa _____ nel suo rapporto 28 aprile 2005 ha evidenziato che la precedente impressione del 2001 dei periti SAM circa la tendenza volontaria all'aggravamento è stata confermata in maniera inequivoca in occasione dell'esame peritale del 2004, allorquando è emerso che l'interessato non ha seguito le indicazioni mediche e non ha aderito allo schema terapeutico prescritto e ciononostante il suo quadro psichiatrico non è peggiorato, ma è addirittura migliorato, con ulteriore remissione della sindrome depressiva. La dr.ssa _____ ha poi aggiunto che anche la sindrome somatoforme da dolore persistente, “inquinata” da atteggiamenti manipolatori nel senso di un aggravamento volontario, va ridimensionata quanto al suo influsso sulla capacità lavorativa, dato che, di regola, in assenza di patologia psichiatrica rilevante, essa non ha un carattere invalidante; inoltre, non sono neppure evidenziabili altri fattori che possano far ammettere un carattere invalidante (presenza di una patologia organica concomitante di una certa gravità, con decorso cronico e progrediente, ritiro sociale, misure riabilitative non riuscite nonostante motivazione e buona volontà). Il medico SMR ha quindi concluso che in assenza di tutti questi fattori è esigibile che l'assicurato superi i suoi disturbi tramite la forza di volontà (Willenanstrengung) e si reinserisca in un'attività adatta (doc. AI 64-5). La dr.ssa _____ ha poi ribadito le sue conclusioni

nel rapporto 3 agosto 2005, indicando che è indubbiamente avvenuto un miglioramento dal punto di vista psichiatrico rispetto alla valutazione SAM del 2001, con una diminuzione dell'angoscia e dell'ansia libera che ha portato ad un miglioramento complessivo del quadro psicopatologico, con ulteriore remissione della sindrome depressiva, valutata ora di lieve entità nonostante l'assenza di trattamento specifico. Quanto al carattere invalidante della sindrome somatoforme da dolore persistente, la dr.ssa _____ ha ribadito che nel 2001, in presenza di una psicopatologia concomitante valutata più importante, tale sindrome poteva assumere un certo carattere invalidante, circostanza che nel 2004, in assenza di una psicopatologia di rilievo e di altri fattori concomitanti, non si giustifica. Il medico SMR ha concluso che " in applicazione dei criteri di Förster, il miglioramento dello stato psichico (stato depressivo) può tranquillamente giustificare una valutazione diversa dell'influsso della sindrome somatoforme da dolore persistente " (doc. AI 83-6). Ella ha pure sottolineato che la stessa diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente va presa con prudenza, a causa del quadro clinico "inquinato" da atteggiamenti manipolatori, con diagnosi differenziale di simulazione (doc. AI 83-6).

2.9.2. Anche in riferimento alla patologia reumatologica i periti del SAM hanno riscontrato un miglioramento della situazione rispetto alla precedente valutazione del 2001. Nel referto peritale 3 settembre 2004 il dr. _____, FMH in reumatologia, dopo aver rilevato anch'egli che il quadro clinico dell'interezzato è dominato da segni comportamentali, ha constatato la presenza di una sindrome lombospondilogenica cronica senza alcun segno a favore di una problematica radicolare. Riguardo alla frattura L1 e L2 che sarebbe derivata dalla caduta del settembre 1998, il perito, dopo aver confrontato le radiografie originali successive alla caduta con quelle attuali, tenendo conto inoltre del fatto che l'assicurato è caduto da un'altezza relativamente bassa (2.2 metri), è giunto alla conclusione che si tratti di deformazioni a cuneo delle vertebre con associate discopatie nell'ambito di sequele da distrofia di crescita di Scheuermann ben visibili anche a livello dorsale. Il perito ha tenuto a precisare che " indipendentemente dalla natura delle alterazioni delle vertebre L1 e L2, nel loro insieme, queste alterazioni strutturali non possono essere ritenute clinicamente molto significative ". Egli ha inoltre aggiunto che " la presenza di disturbi soggettivi molto più importanti, l'eccessiva ripercussione funzionale di tali disturbi e la tendenza alla generalizzazione non dipende da soli fattori somatici ma in larga misura da problemi di natura non somatica ". Il dr. _____ ha inoltre sottolineato che l'interessato mostra disturbi generalizzati a carico di tutto l'arto superiore sinistro, con una " reazione eccessiva quando si tocca qualunque parte del corpo. Sarebbero dunque riempiti i criteri di classificazione ACR 1990 per la diagnosi di fibromialgia ma, vista la presenza di massicci segni comportamentali, tali criteri non possono essere interpretati se non con la più grande riserva "(doc. AI 61-25, sottolineature della redattrice). Il perito ha quindi giudicato l'assicurato inabile al lavoro quale muratore e in attività pesanti nella misura del 60%-70%, così come valutato già nella perizia del 2001 dal dr. _____, precisando tuttavia di ritenere tale conclusione eccessivamente pessimistica. Il perito ha invece ritenuto l'interessato inabile al lavoro al massimo al 30% in attività leggere e variate che comportino saltuariamente anche compiti mediamente pesanti, precisando che " anche in questo caso si tiene conto della precedente valutazione del dr. _____ del 5 settembre 2001 che ritengo però tuttora piuttosto pessimista ". Infine, il dr. _____ ha osservato che " personalmente sono convinto che i problemi segnalati dal paziente non siano che in maniera minore di natura organica. La mia valutazione della capacità lavorativa da un punto di vista strettamente reumatologico sarebbe dunque tuttora stata più alta rispetto a quella espressa dal dr. _____ nel suo

consulto del 5 settembre 2001” (doc. 61-25, sottolineature della redattrice). Stante tale apprezzamento specialistico, i periti del SAM nel referto peritale 21 settembre 2004 hanno ritenuto che alla luce della nuova valutazione del caso (frattura anamnestica di L1-L2 da addebitare ad una deformazione a cuneo nell’ambi-to di una distrofia di Scheuermann e non a frattura), con la presenza di una sindrome cervicospondilogenica cronica as-sociata ad una sindrome lombospondilogenica cronica e una fibromialgia, la valutazione della capacità lavorativa deve sicuramente essere migliore rispetto a quanto affermato nella precedente perizia del 2001, così come indicato dal dr. _____. I periti hanno rilevato che “ è noto che l’ortopedico (n.d.r. dr. _____), abituato a confrontarsi con fratture, abbia meno dimestichezza con le alterazioni degenerative. Il dr. _____, nella sua funzione di reumatologo, è invece più esperto in quest’ambito ”. Essi hanno quindi concluso che l’interessato sia da ritenere inabile al lavoro al 70% quale muratore, abile al lavoro in misura superiore al 70% in attività medio-pesante e totalmente abile in attività leggere adeguate (doc. AI 61-11). Questa conclusione, logica e motivata, non contraddetta da altri certificati medici, può essere condivisa da parte di questo Tribunale. D’altronde, anche la dr.ssa _____ del SMR ha ritenuto che, in assenza di una sindrome somatoforme da dolore cronico con carattere invalidante, le modiche alterazioni degenerative a livello vertebrale non hanno nessun influsso sulla capacità lavorativa in attività leggere ed ergonomicamente adatte (doc. AI 64-5). Nel rapporto medico 3 agosto 2005 la dr. _____ ha precisato che in occasione della valutazione del dr. _____ nel 2001 era stata oggettivata una limitazione funzionale della colonna lombare nonché un accorciamento della muscolatura ischio-cruale, nonché una discreta limitazione della funzionalità della spalla destra alla abduzione e elevazione in esiti di contusione del 1998. Al momento della valutazione reumatologica del dr. _____ e neurologica del dr. _____ del 2004, per contro, non è stata oggettivata nessuna limitazione della flessione anteriore della colonna lombare, non era presente nessuna contrattura della muscolatura paravertebrale e la contrazione gluteale risultava simmetrica. Anche a livello delle spalle non è stata oggettivata nessuna limitazione funzionale, risultando la mobilizzazione di qualunque struttura articolare dolorosa in modo aspecifico. La dr.ssa _____ ha quindi concluso che, contrariamente a quanto costatato nel 2001, al momento della perizia SAM 2004 non sono oggettivabili delle limitazioni della funzionalità fisica, ciò che giustifica il giudizio dei periti SAM in merito alla piena capacità lavorativa in attività lavorativa leggera e adatta (doc. AI 83-6).

2.9.3. Le conclusioni del SAM, su cui si fonda l’amministrazione, non possono essere ritenute inaffidabili nemmeno a fronte dell’ulteriore documentazione medica prodotta dall’insorgente pendente causa. Per quanto concerne l’aspetto psichiatrico, i certificati medici 19 maggio 2006 (doc. XIII bis), 15 dicembre 2006 (doc. 97), 8 febbraio 2007 (doc. XVIII 3) del dr. _____ attestano che l’interessato è in cura presso il citato specialista a partire dal mese di maggio 2006, per la presenza di un disturbo depressivo di grado medio-grave con influsso sulla capacità lavorativa. Come rilevato dal dr. _____ nelle sue annotazioni 21 febbraio 2007 (doc. XX bis), in base a tali attestazioni mediche è possibile che sia subentrato un peggioramento delle condizioni psichiche dell’interessato, ma in epoca successiva alla decisione impugnata. Visto che il dr. _____ ha specificato di avere in cura l’assicurato dal 3 maggio 2006, data a partire dalla quale egli attesta un’incapacità lavorativa parziale per motivi psichici, il TCA deve concludere che, per lo meno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 126 V 360; DTF 125 V 195; DTF 121 V 208 consid. 6b; DTF 115 V 142 consid. 8b), un eventuale peggioramento dello stato di salute dell’interessato riconducibile a motivi psichiatrici è

insorto solo dopo la decisione su opposizione. Non possono al riguardo essere accolte le critiche mosse dalla patrocinatrice dell'insorgente in merito al fatto che le valutazioni del dr. _____ non sono da interpretare solo come un peggioramento dello stato di salute subentrato dopo l'emanazione della decisione su opposizione, ma piuttosto come sintomo che lo stato depressivo non era, al momento della valutazione del dr. _____, effettivamente migliorato (doc. XXII). Dalla documentazione agli atti non emerge nessun altro certificato medico specialistico successivo a quello del dr. _____ del 16 novembre 2004 (doc. AI 63-1), fino a quello del 2006 del dr. _____, motivo per il quale a mente di questo Tribunale non appare verosimile che sia subentrato un peggioramento dello stato di salute psichico dopo la perizia SAM ma prima della prima consultazione del 3 maggio 2006 presso il dr. _____. Di conseguenza, tenuto conto che per costante 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, quando si ritenga che fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b), questo TCA deve confermare la conclusione dell'amministrazione secondo la quale l'insorgere di un eventuale peggioramento dello stato di salute dell'assicurato basato sull'aspetto psichiatrico " esula dalla presente disputa davanti al TCA e dovrà pertanto formare oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo " (doc. XX), con la precisazione che la documentazione psichiatrica prodotta va trattata quale nuova richiesta di revisione su cui l'amministrazione dovrà pronunciarsi. Quanto invece alla patologia reumatologica, nemmeno i certificati del dr. _____ prodotti pendente causa apportano nuovi elementi in grado di influire sulla valutazione della capacità lavorativa residua dell'interessato, così come osservato dal dr. _____. Il medico SMR ha infatti rilevato che il certificato 20 marzo 2006 del dr. _____ indirizzato al medico curante, riferendo di un esame RM della colonna lombare con presenza di incipienti discopatie del rachide lombare in assenza di compressioni radicolari, non permette di oggettivare una modifica sostanziale dello stato di salute a livello lombare. Il referto radiologico conferma infatti l'assenza di una problematica discale o vertebrale maggiore, evidenziando incipienti discopatie lombari, da ritenersi fisiologiche. Il dr. _____ ha inoltre evidenziato che sono state esplicitamente escluse compressioni radicolari, mentre la presenza di una leggera stenosi del canale spinale non ha rilevanza clinica dato che questa problematica non ha ripercussioni su strutture nervose e non trova correlato clinico tipo claudicatio spinale. Anche la presenza radiologica di un'artrosi delle faccette articolari è da vedersi nel contesto di alterazioni degenerative consone all'età dell'assicurato, alterazioni che erano già state riscontrate in occasione della TAC lombare del 2001 e di cui si tiene ampiamente conto nella diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica ed i relativi limiti funzionali (doc. VII bis). Anche il successivo scritto 20 aprile 2006 del dr. _____ relativo all'esito non favorevole di un'infiltrazione delle faccette articolari non può essere considerato quale valido argomento a favore di un peggioramento sostanziale delle condizioni di salute dell'interessato, così come rilevato dal dr. _____ nelle sue annotazioni 12 maggio 2006 (doc. XI bis).

2.9.4. Pertanto, visto quanto sopra, in considerazione dell'attestato miglioramento delle condizioni di salute dell'interessato sia dal punto di vista psichiatrico, sia da quello reumatologico (vista la valutazione del dr. _____ che mette sotto una nuova luce la lesione a livello L1-2, sempre interpretata come una frattura e attualmente come stato da morbo di Scheuermann), e discende che sulla base delle affidabili e concludenti risultanze

mediche SAM, non smentite da altri certificati medico-specialistici, richiamato inoltre l'obbligo che per consolidata giurisprudenza incombe all'assicurato di 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; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che sino al momento determinante dell'emanazione del querelato provvedimento (cfr. DTF 130 V 140) l'assicurato presentava una residua capacità lavorativa del 100% in attività leggere adeguate. 2.10. Per quanto riguarda la determinazione del grado di invalidità, richiamato l'art. 16 LPGa e quanto già esposto al consid. 2.3 che precede, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op. cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Nel caso in esame meritano sostanziale conferma gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione al fine di determinare il grado di invalidità dell'assicurato. In merito al confronto dei redditi,

nel rapporto finale 30 agosto 2005 il consulente IP ha rilevato che quale reddito da valido occorre prendere in considerazione ciò che l'assicurato avrebbe potuto guadagnare nella precedente attività di manovale edile, pari a fr. 55'630 (2004), mentre quale reddito da invalido va considerato quanto potrebbe guadagnare in un'attività adeguata al suo stato di salute, in base ai rilevamenti statistici, pari a fr. 39'689 (tabella RSS, settore privato, maschile, categoria 4, quartile 2, abilità del 100% con riduzione del 10% per attività leggera e del 15% per altri motivi). Sulla base di tali dati, l'ufficio AI è così giunto ad un grado di invalidità del 29% (doc. AI 89/1-2). Tali accertamenti e conclusioni, che sono peraltro rimasti incontestati dal ricorrente, meritano conferma. Per completezza va fatto presente che con sentenza inedita del 5 settembre 2006 nella causa P. (I 222/04), il TFA ha stabilito che "secondo la giurisprudenza, 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 (cfr., tra altre, sentenza 10 agosto 2001 in re R., I 474/00, consid. 3a/aa). L'inapplicabilità dei valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regione, è di recente stata decisa dalla Corte plenaria in data 10 novembre 2005 (cfr. in tal senso sentenza 22 agosto 2006 in re K, I 424/05)". Pertanto, nella determinazione del reddito da invalido occorre d'ora in poi 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 grado d'invalidità risulterebbe ancora inferiore a quello stabilito in base alla tabella TA13; in entrambi i casi il tasso d'incapacità al guadagno risulta comunque essere inferiore al minimo pensionabile del 40%. Vi sto quanto precede, la conclusione dell'amministrazione di ritenere il ricorrente invalido nella misura del 29%, essendo basata su sufficienti approfondimenti, non può che essere confermata. Non essendo dato un grado d'invalidità giustificante l'erogazione di una rendita d'invalidità (art. 28 cpv. 1 LAI), l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente soppresso la rendita. La decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto.

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