

## **TI\_GERICHTE 32.2007.369 vom 12. Februar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-02-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.369](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.369)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.369 du 12 février 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.369 del 12 febbraio 2009

### **Regeste**

L'UAI ha attribuito una rendita limitata nel tempo negando in seguito il diritto a prestazioni. Vista la discordanza di opinioni mediche sono necessari ulteriori approfondimenti specialistici. Rinvio anche per mancata applicazione del metodo straordinario da parte dell'UAI

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.7. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plädoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: URSS Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale

importante. 2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1<sup>er</sup> décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont

dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). 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 I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, 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)." Questa giurisprudenza è stata confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C\_830/2007 del 27 luglio 2008, vedi anche la sentenza 9C\_382/2008 del 22 luglio 2008. Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, 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 Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004 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 I 873/05 del 19 maggio 2006, 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 (ndr.: 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) In una sentenza 9C\_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. \_\_\_\_\_, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. \_\_\_\_\_ (DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)” In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.9. Nella presente fattispecie, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute della ricorrente, l'Ufficio AI ha fatto esperire quattro accertamenti peritali, di cui uno ad opera del Dr. Med. \_\_\_\_\_ (procedura inc. 32.2003.49), mentre gli altri a cura del Dr. Med. \_\_\_\_\_. Nell'ambito della procedura 32.2003.49 questa Corte ha considerato la perizia reumatologica del Dr. \_\_\_\_\_ approfondita ed esauriente attribuendole, dunque, forza probante piena laddove ha ritenuto che l'assicurata debba essere considerata 100% inabile al lavoro per un'attività pesante che comporti sforzi continui per la colonna vertebrale. Per l'attività di parrucchiera presenta, invece, una riduzione della capacità lavorativa del 30-40%. Nella seconda perizia del 23 agosto 2005 svolta dal Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, su mandato dell'UAI, lo specialista ha posto la diagnosi di “Esito da spondilodisi posteriore L4-S1 l'1.6.2005 per instabilità bisegmentale L4/5 e L5/S1. Disturbi statici del rachide/decondizionamento muscolare. Tendenza ad iperlassità articolare”. Il Dr. Med. \_\_\_\_\_ ha precisato quanto segue in merito alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione: " (...) Considero come lavoro ergonomicamente idoneo alle patologie sopramenzionate, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a partire dal 1.12.2005; nella sua ultima attività principale come parrucchiera, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 40%, a partire dal 1.12.2005, riduzione dovuta alla particolare ergonomia di lavoro (quasi sempre in piedi, necessità di anteflessione con rotazione del tronco). Come attestato dagli ortopedici curanti,

è giustificata un'inabilità transitoria del 100% per qualsiasi attività durante i 6 mesi seguenti l'intervento chirurgico, ossia dal 31.5.2005 al 30.11.2005." (Doc. AI 112-7+8) Nelle annotazioni del 26 aprile 2006 (doc. AI 131-1) il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, viste le certificazioni mediche dell' \_\_\_\_\_ e del Dr. med. \_\_\_\_\_, che hanno attestato un'evoluzione negativa della patologia dell'assicurata, ha chiesto un aggiornamento peritale al Dr. Med. \_\_\_\_\_ che il 19 giugno 2006 ha posto la seguente diagnosi: " (...) 4. Diagnosi Esito da spondilodisi posteriore L4 - S1 l'1.6.2005, per instabilità bisegmentale L4/5 e L5/S1. Disturbi statici del rachide. Decondizionamento muscolare. Tendenza ad iperlassità articolare. Lesione del labbro acetabolare all'anca sinistra. (...)" (Doc. AI 147-8) Il perito interpellato dall'amministrazione ha poi ritenuto quanto segue: " (...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Considero come lavoro ergonomicamente idoneo alle patologie sopramenzionate, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide, senza movimenti ripetitivi di rotazione e flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a partire dall'1.12.2005. Nella sua ultima attività principale come cameriera, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, con una diminuzione del rendimento del 40% a partire dall'1.12.2005, per i motivi enunciati nel mio rapporto peritale precedente del 23.8.2005, ossia per la particolare ergonomia di lavoro (quasi sempre in piedi, necessità di anteflessione con rotazione del tronco), con una diminuzione del rendimento di 1/3 a partire dal 19.6.2006, ossia il giorno della perizia attuale, data la miglior mobilità del rachide nel suo complesso. Come già menzionato nel mio rapporto precedente del 23.8.2005, è giustificata un'inabilità transitoria del 100% per qualsiasi attività durante i 6 mesi seguenti l'intervento chirurgico, ossia dal 31.5.2005 al 30.11.2005." (Doc. AI 147-8+9) L'incidente della circolazione in cui è stata coinvolta l'assicurata nel mese di febbraio del 2007 ha reso necessario secondo l'UAI (doc. AI 185-1) l'allestimento di una quarta perizia reumatologica da parte del Dr. Med. \_\_\_\_\_ datata 21 agosto 2007. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha posto la seguente diagnosi: " (...) 4. Diagnosi Sindrome algica cronica in - esito da spondilodisi L4-S1 l'1.6.2005, per instabilità bisegmentale L4/5 ed L5/S1, - disturbi statici del rachide, - decondizionamento muscolare, - tendenza fibromialgica in iperlassità articolare. Dolori coxogeni a sinistra di origine indeterminata" (Doc. AI 195-10) Il referto peritale indica poi le seguenti conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione In assenza di un peggioramento dello stato di salute chiaramente oggettivabile, rispetto alla visita peritale precedente del 19.6.2006, la valutazione della capacità lavorativa allora formulata rimane sovrapponibile a quella attuale: giudico come lavoro ergonomicamente idoneo, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), che permette di alternare spesso la posizione del rachide, senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, dal 1.12.2005; nella sua ultima attività principale come parrucchiera, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 40%, a partire dall'1.12.2005 e con una diminuzione del rendimento di 1/3 dal 19.6.2006, ossia dal giorno dell'ultima perizia reumatologica." (Doc. AI 195-10) La ricorrente, da parte sua, ha prodotto il certificato medico del 29 ottobre 2007

del Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, dal seguente tenore:

" Diagnosi: - sindrome lombo-vertebrale cronica con componente spondilogeno a livello dell'arto inferiore sinistro in paziente che presenta una discopatia L1/L2, nonché uno stato dopo intervento chirurgico di fissazione intersomatica con spondilodesi da L4 a S1 in data 01.06.2005 per instabilità bi-segmentale ; - stato dopo contusione e distorsione della colonna vertebrale a seguito di un incidente stradale in data 03.02.2007 ; - coxalgia a sinistra su una problematica di impingement femoro-acetabolare, nonché tendinosi d'inserzione degli adduttori a sinistra . (...) Lo status reumatologico mette in evidenza in questa paziente una chiara sindrome lombovertebrale con una riduzione significativa di 2/3 della mobilità a livello della colonna lombare con un aumento della tensione muscolare para-vertebrale, nonché dei dolori alla palpazione della muscolatura para-vertebrale centralmente a livello della colonna lombare. La paziente presenta inoltre una limitata mobilità dell'anca sinistra sia nella rotazione interna che esterna di 2/3, con dolori ai movimenti. Non ho riscontrato personalmente mai, né dal punto di vista oggettivo né dal lato soggettivo sospetti per una problematica di reumatismo delle parti molli o di sviluppo a carattere fibromialgico. I disturbi della paziente sono credibili. Oggettivabili dal punto di vista clinico non riferibili ad una sindrome algica cronica, ma ad una sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno con delle coxalgie nell'ambito di una problematica d'impingement dell'anca di sinistra e su possibile tendinosi d'inserzione degli adduttori. L'evoluzione è da considerarsi sfavorevole, in particolar modo dopo l'incidente avvenuto il 03.02.2007 le cui conseguenze definitive non sono ancora state determinate. La paziente non ha mostrato mai un miglioramento delle sue condizioni di salute tali da permettere una ripresa dell'attività professionale nel lavoro da lei appreso di parrucchiera. Non vi è stato un peggioramento del reperto clinico rispetto alla valutazione neuro-chirurgica eseguita in data 22.02.2006 dal Professor Dr. med. \_\_\_\_\_. A questo proposito ricordo come il \_\_\_\_\_ dichiarava la paziente, inabile al lavoro nella forma del 100%. L'ultimo esame di RM della colonna lombare mostra inoltre non solo uno stato dopo spondilodesi L4/L5 e L5/S1, ma anche l'evidenza di una discopatia a livello L1/L2. Fattore questo da considerarsi prognosticamente negativo. E' conosciuto in effetti il fatto, che i dischi sovrastanti una fissazione intersomatica sono soggetti ad un sovra c carico e quindi ad una degenerazione più rapida del normale. Tenendo in considerazione quindi quanto sopra elencato, ritengo opportuna una rivalutazione per quanto riguarda la capacità lavorativa di questa paziente. Vi sono delle limitazioni funzionali importanti determinate dalle patologie a livello della colonna lombare sopra descritte e dai disturbi a livello dell'anca di sinistra e della gamba di sinistra. La paziente è limitata nello svolgere attività anche di tipo leggero. Vi è una limitazione nel rimanere ferma in piedi più di cinque minuti, nel mantenere la posizione statica più di cinque minuti, nel mantenere la posizione con la parte superiore del corpo piegata in avanti leggermente più di due minuti, nel mantenere la posizione seduta più di quindici minuti, nella deambulazione più di mezz'ora e nel mantenere la posizione in piedi cambiando appoggio più di quindici minuti. La paziente deve continuamente alternare le varie posizioni, deve potersi riposare ripetutamente durante il giorno. La paziente è limitata nello svolgere un'attività professionale tenendo le braccia alzate per i disturbi che si irradiano lungo la colonna vertebrale. La paziente è limitata in movimenti di flessione e rotazione del tronco ed è limitata nell'alzare dei pesi superiori ai 3-5 kg massimo saltuariamente. Tenendo in considerazione queste limitazioni, nonché le valutazioni degli specialisti che hanno visitato la paziente antecedentemente, penso qui in particolar modo al \_\_\_\_\_, ritengo che essa debba essere considerata per quanto

riguarda l'attività appresa di parrucchiera, inabile al lavoro almeno nella forma del 80%. Per quanto riguarda un'attività professionale che permetta alla paziente di lavorare senza alzare pesi, di cambiare continuamente posizione e di evitare lavori comprendenti la flessione e la rotazione del tronco o attività di tipo prettamente sedentario, statici e che tengano conto delle limitazioni sopra elencate, vi è una capacità lavorativa residua del 50%. Questo non solo determinato dalle limitazioni funzionali, ma anche da una chiara diminuzione della redditività sul posto di lavoro. In ogni caso, questa paziente non può svolgere un'attività professionale sull'arco di una giornata intera con 8 ore e mezzo di lavoro anche se di tipo molto leggero. " (Doc. B) Il rappresentante della ricorrente ha poi trasmesso a questa Corte un secondo certificato medico datato 17 dicembre 2007 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, riprodotto qui di seguito: " Per quanto riguarda la sua lettera del 03.12.2007, le rispondo quanto segue. In nanzit utto mi riferisco alla mia lettera inoltrata all'assicurazione invalidità in data 29.10.2007 nella quale allegavo inoltre tutta una serie di documenti quale prova della mia valutazione, in particolar modo il rapporto del \_\_\_\_\_ del 22.02.2006, il rapporto del PD Dr. med. \_\_\_\_\_ del 07.09.2006, il rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 27.02.2007 ed il reperto della RM della colonna lombare del 13.04.2007. Ritorno sulla valutazione da parte dell'assicurazione invalidità in particolar modo sulle diagnosi principali e ricordo che non concordo assolutamente sulla diagnosi di una sindrome algica cronica. Si tratta di una diagnosi prettamente descrittiva, non riferibile al codice diagnostico reumatologico VESKA. La diagnosi principale di questa paziente è una sindrome lombo-vertebrale cronica con componente spondilogeno a livello dell'arto inferiore sinistro, in paziente che presenta una discopatia L1/L2 (non menzionata nella diagnosi principale del rapporto medico dell'assicurazione invalidità), nonché uno stato dopo intervento chirurgico di fissazione inter-somatica con spondilodesi da L4 a S1 in data 01.06.2005 per instabilità bi-segmentale. Clinicamente vi è un dolore cronico, una limitazione della mobilità sostanziale superiore in questa paziente ai 2/3 in tutte le direzioni ed una aumento del tono muscolare della muscolatura para-vertebrale e dei dolori alla palpazione della muscolatura stessa. Vi è poi uno stato dopo contusione e distorsione della colonna vertebrale a seguito di un incidente stradale del 03.02.2007 che ha portato ad un ulteriore aggravamento della sintomatologia in particolar modo a livello lombare. La paziente soffre inoltre di una coxalgia a sinistra dove è stata posta la diagnosi di un impingement femoroacetabolare, nonché di tendinosi d'inserzione degli adduttori a sinistra. Per quanto riguarda la valutazione dei limiti funzionali della paziente, ritengo che un'attività lavorativa con carichi variabili fino a 10 kg sia eccessiva. Questa paziente non può alzare ripetutamente 10 kg durante la sua attività professionale. Ho stimato questa possibilità di alzare dei pesi al massimo fino a 3-5 kg. Non vi sono poi unicamente delle limitazioni nel fatto di dover alternare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente se in estensione prolungata del rachide, ma vi sono anche delle limitazioni sostanziali nel mantenere la posizione statica per più di 5 minuti. Posizione statica che nell'attività svolta di parrucchiera è abitualmente da mantenere per un periodo prolungato. E' quindi da escludere una ripresa lavorativa di questa paziente nella forma del 60% nell'attività appresa di parrucchiera. La ritengo quindi ulteriormente inabile al lavoro nelle forma dell'80% in questa sua attività professionale. Anche per quanto riguarda le altre attività professionali elencate in particolar modo un'attività lavorativa ergonomicamente adatta come per altro già scritto nella mia valutazione e nel mio rapporto del 29.10.2007, la ritengo abile al lavoro nella forma residua massima del 50%. Ritengo assolutamente indispensabile e si dovesse giungere ad una valutazione di tipo peritale

nell'ambito del tribunale cantonale delle assicurazioni che la paziente sia sottoposta ad una valutazione delle residue capacità funzionali in un test EFL. Questo permetterà di chiarire in modo definitivo quali siano i limiti di carico di questa paziente. " (Doc. C) 2.10. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità , ha evidenziato il 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 ed 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti 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, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. 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, inc. 32.1999.124).

2.11. Dopo attenta analisi degli atti, questo Tribunale, ritiene che la documentazione medica su cui si è fondata l'amministrazione per concludere che l'assicurata è abile al lavoro nella misura del 100% in attività che rispettino le limitazioni funzionali indicate (porto di pesi massimo 10 chili; possibilità di alternare spesso la posizione del rachide, senza movimenti ripetitivi di flessione, estensione, rotazione, torsione del tronco), difetta della necessaria forza probante. L'amministrazione fonda il proprio giudizio sull'ultima valutazione peritale del Dr. Med. \_\_\_\_\_, effettuata in data 21 agosto 2007, nella quale lo specialista ha posto la diagnosi di sindrome algica cronica in esito da spondilodisi L4-S1 l'1.6.2005, per instabilità bisegmentale L4/5 ed L5/S1; disturbi statici del rachide, decondizionamento muscolare, tendenza fibromialgica in iperlassità articolare e dolori coxogeni a sinistra di origine indeterminata. Il Dr. Med. \_\_\_\_\_ ha sostanzialmente ripreso le diagnosi delle sue precedenti perizie del 23 agosto 2005 e del 19 giugno 2006. Nell'ultimo referto lo specialista ha indicato che non vi è stato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente chiaramente oggettivabile rispetto alla perizia del 19 giugno 2006 e dunque la valutazione della capacità lavorativa allora formulata si sovrappone a quella dell'ultimo referto peritale, ovvero: in un lavoro adatto allo stato di salute, l'assicurata è abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a partire dall'1.12.2005. Nella sua ultima attività principale l'assicurata è abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, con una diminuzione del rendimento del 40% a partire dall'1.12.2005 e con una diminuzione del rendimento di 1/3 a partire dal 19.6.2006. Il Dr. Med. \_\_\_\_\_, nel proprio referto del 29 ottobre 2007 (doc. B) e in quello del 17 dicembre 2007 (doc. C), contrariamente a quanto riscontrato dal perito dell'amministrazione, ha posto come diagnosi principale una sindrome lombo-vertebrale cronica con componente spondilogenica a livello dell'arto inferiore sinistro, in paziente che presenta una discopatia L1/L2, nonché uno stato dopo intervento chirurgico di fissazione inter-somatica con spondilodisi da L4 a S1 in data 01.06.2005 per instabilità bisegmentale. Il medico curante dell'assicurata ha evidenziato che dopo l'intervento chirurgico di spondilodisi con fissazione intersomatica dei segmenti L4/L5 e L5/S1 vi è stato un incremento progredente dei dolori lombari e l'insorgere di una sintomatologia dolorosa e intensa a livello dell'anca sinistra. Un ulteriore peggioramento a livello della

gamba sinistra e alla colonna lombare è intervenuto dopo l'incidente stradale del febbraio 2007 con il manifestarsi di un'iposensibilità diffusa all'arto inferiore sinistro e al fianco sinistro a livello Th10. Contrariamente a quanto attestato dal Dr. Med. \_\_\_\_\_ il medico curante ha affermato di non aver riscontrato né dal punto di vista oggettivo né dal lato soggettivo sospetti per una problematica di reumatismo delle parti molli o di sviluppo a carattere fibromialgico. Il Dr. Med. \_\_\_\_\_ ha poi precisato, sia nello scritto del 29 ottobre 2007 all'indirizzo dell'UAI, sia in data 17 dicembre 2007 nella lettera al patrocinatore di RI 1, di non condividere la diagnosi principale di sindrome algica cronica posta dal Dr. Med. \_\_\_\_\_ ("si tratta di una diagnosi prettamente descrittiva non riferibile al codice diagnostico ESKA") e ha ribadito che la paziente soffre di una sindrome lombo-vertebrale cronica con componente spondilogeno a livello dell'arto inferiore sinistro oltre alle patologie poc'anzi illustrate. Va a tal proposito rilevato che anche il Dr. Med. \_\_\_\_\_ nella propria valutazione del 2 maggio 2001 aveva posto la diagnosi di sindrome lombo-vertebrale. Egli invece, diversamente dal Dr. Med. \_\_\_\_\_, aveva diagnosticato una "tendenza alla generalizzazione dei dolori nel senso di una sindrome fibromialgica". In merito alla valutazione dei limiti funzionali della paziente il Dr. Med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto idonea un'attività con carichi variabili (carico massimo: 10 kg), che permette di alternare spesso la posizione del rachide, senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. Il Dr. Med. \_\_\_\_\_ ha invece affermato che un'attività lavorativa con carichi variabili fino a 10 kg è da ritenersi eccessiva e stimato la possibilità di alzare dei pesi al massimo fino a 3- 5 kg. Lo specialista interpellato dalla ricorrente ha poi precisato che non vi sono poi unicamente delle limitazioni nel fatto di dover alternare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente se in estensione prolungata del rachide, ma vi sono anche delle limitazioni sostanziali nel mantenere la posizione statica per più di 5 minuti. Il Dr. Med. \_\_\_\_\_ ha poi escluso una ripresa dell'attività lavorativa precedente al 60% ritenendo RI 1 inabile nella misura dell'80%. Per altre attività lavorative la capacità di lavoro residua massima è valutata al 50%. 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, quando 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. 1 b, 116 V 248 consid. 1 a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto, le attestazioni mediche del Dr. Med. \_\_\_\_\_ del 29 ottobre 2007 e del 17 dicembre 2007 pur essendo posteriori alla decisione impugnata fanno chiaramente riferimento ad una situazione clinica dell'assicurata constatata già precedentemente al provvedimento dell'amministrazione. Il medico infatti ha precisato che la paziente è in cura dal mese di novembre 2005 e nella propria esposizione del quadro valetudinario dell'insorgente egli fa riferimento al referto del Dr. Med. \_\_\_\_\_ del 22 febbraio 2006 a seguito dell'intervento chirurgico di spondilodesi del 10 giugno 2005, al referto radiologico del 13 aprile 2007 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, allo scritto 27 febbraio 2007 del Dr. Med. \_\_\_\_\_ e a quello datato 7 settembre 2006 del Dr. Med. \_\_\_\_\_. Richiamata la giurisprudenza in merito alle divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione (cfr. consid. 2.11.), questa Corte ritiene che le certificazioni del medico curante Dr. \_\_\_\_\_ evidenziano elementi oggettivi ignorati nei referti del perito Dr. \_\_\_\_\_ sufficientemente pertinenti da rimettere in discussione le conclusioni di quest'ultimo. In particolare, i due specialisti divergono sulla formulazione

della diagnosi (secondo il Dr. \_\_\_\_\_ l'assicurata soffre di una sindrome lombo-vertebrale, mentre il Dr. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una sindrome algica), il medico curante inoltre ha evidenziato una discopatia L1/L2 del tutto ignorata dal perito. Medesimo discorso anche per quanto attiene la patologia fibromialgica, per la quale non vi è unanimità di vedute tra i due medici. Gli specialisti divergono anche per quanto riguarda i limiti funzionali e le percentuali di incapacità lavorativa di RI 1. Nell'attività di parrucchiera il medico curante esclude una ripresa nella misura del 60% indicando un'inabilità all'80%. Inoltre e soprattutto, secondo il medico curante, in attività adeguate l'abilità è unicamente del 50% e non del 100% come invece valutato dal Dr. \_\_\_\_\_.

Alla luce di quanto qui sopra esposto, secondo questo Tribunale, vista la discordanza esistente tra le valutazioni specialistiche del Dr. Med. \_\_\_\_\_ e quelle del Dr. Med. \_\_\_\_\_, sia per quanto riguarda la diagnosi, la valutazione dei limiti funzionali e la residua capacità lavorativa, non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal punto di vista reumatologico, giustifichi una piena capacità lavorativa in attività adeguate, come stabilito dal Dr. Med. \_\_\_\_\_ e confermato poi dal Dr. Med. \_\_\_\_\_ del SMR.

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. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert ( cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560), il quale 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. Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è 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. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince 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 (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a 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. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché proceda innanzitutto come indicato al consid. 2.9. per quanto riguarda gli accertamenti economici e, in secondo luogo, faccia allestire al più presto una nuova perizia reumatologica, al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa della ricorrente. Quindi, in esito a tali complementi istruttori,

l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.12. Il rinvio degli atti all'amministrazione si giustifica anche per un altro motivo. Vista la precedente sentenza di questa Corte del 10 febbraio 2004 (cfr. inc. no. 32.2003.49) il TCA ha interpellato, in data 17 novembre 2008, l'Ufficio AI in merito agli accertamenti economici da lui svolti. In particolare l'amministrazione è stata invitata ad indicare i motivi della mancata applicazione del metodo straordinario nella valutazione del grado d'invalidità dell'assicurata (doc. XII), secondo quanto stabilito dal TCA nella sentenza del 10 febbraio 2004 (cfr. consid. 1.3). L'UAI il 25 novembre 2008 ha precisato di avere applicato il metodo ordinario di raffronto dei redditi essendovi ragionevoli motivi per ritenere che RI 1 possa mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa quale dipendente in altre attività adeguate. Il suo rappresentante aveva infatti dichiarato, che a causa del danno alla salute non le era più possibile esercitare l'attività di parrucchiera indipendente e che, a breve, era prevista la cessazione definitiva della sua attività commerciale (doc. AI 96-2). L'operato dell'UAI non può essere tutelato. Infatti, nella sentenza del 10 febbraio 2004, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha dato la precisa indicazione all'UAI di applicare la valutazione del grado d'invalidità secondo il metodo straordinario, siccome l'assicurata svolgeva a quel momento la sua professione a titolo indipendente e non vi erano agli atti indizi tali per ritenere che RI 1 potesse mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa mutando il suo statuto lavorativo da indipendente a dipendente. Il Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 2 maggio 2001 (doc. AI 32-1) per valutare il grado d'inabilità (30-40%) è peraltro partito dal presupposto che la ricorrente svolgesse un'attività indipendente. Come visto al considerando 2.2., l'UAI era vincolato alla decisione di rinvio del TCA ed alle considerazioni di fatto e di diritto ivi contenute. Questa conclusione vale sino al mutamento sostanziale della situazione economica dell'assicurata: in casu alla vendita del salone di parrucchiera avvenuta però solo nel mese di giugno del 2005. Dagli atti risulta infatti che RI 1 ha cessato la propria attività commerciale di parrucchiera a titolo indipendente nel giugno del 2005 secondo quanto affermato dal proprio legale: "Essa ha però dovuto vendere il suo salone, a causa del danno alla salute, nel mese di giugno 2005, dopo il noto intervento chirurgico" (doc. AI 155-1) Questa Corte ritiene dunque che la valutazione del grado d'invalidità doveva essere svolta secondo il metodo straordinario sino a quando RI 1 ha cessato definitivamente l'attività di parrucchiera indipendente (mese di giugno 2005; cfr. sul tema STF 9C\_324/2008 del 6 gennaio 2009 consid. 3.2.1). L'incarto va dunque rinviato all'amministrazione affinché proceda in questo senso. Per il periodo successivo è invece corretto procedere ad una revisione (cfr. DTF 117 V 200) e applicare il metodo ordinario di raffronto dei redditi, come ha fatto l'amministrazione, essendo, a quel momento, ragionevolmente esigibile che l'assicurata sfrutti la propria capacità lavorativa residua in un'attività lavorativa dipendente. 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200 sono poste a carico dell'Ufficio AI. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dall'avv. RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).