

## **TI\_GERICHTE 32.2008.129 vom 5. Juni 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-06-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.129](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.129)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.129 du 5 juin 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.129 del 5 giugno 2008

### **Regeste**

L'UAI a giusta ragione ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato non essendo subentrato un peggioramento dello stato di salute rispetto alla precedente decisione. Confermata sia la perizia psichiatrica che quella reumatologica. Rinvio atti per revisione d'ufficio

### **Erwägungen**

#### **E. 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 sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; 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. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione

della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 133 V 108, 125 V 369 consid.

### E. 1.1

a livello psicologico e mentale Il peritando, a partire dall'autunno 2006, ha sviluppato una sindrome mista ansioso-depressiva, nel contesto di un fattore psicosociale stressante, caratterizzato da un rischio di mancato rinnovo di un permesso di soggiorno in Svizzera, con angoscia e "fantasma" di un cambiamento repentino di vita sociale per sé, e soprattutto per la figlia e la moglie, vivendo uno stato di nervosismo ed ansia, flessione di umore, insonnia, sintomi questi risultati più temperati e migliorati, di fronte, sia ad un trattamento psichiatrico e psicoterapico, intrapreso a partire dall'ottobre 2006 (Dr. med. \_\_\_\_\_), sia anche di fronte ad una riassunzione lavorativa, presso il suo ultimo datore di lavoro, in qualità di aiuto meccanico, nella misura del 100%, dal gennaio 2007 al marzo 2007 e nella misura del 50% dall'aprile 2007 (\_\_\_\_\_). 1.2 a livello fisico Vedi reumatologi curante, Dr. med \_\_\_\_\_ (Lugano) e perizia reumatologica del Dr. med. \_\_\_\_\_, del maggio 2004. 1.3 nell'ambito sociale Il peritando, a suo dire, ha presentato, nell'autunno 2006 una tendenza ad una riduzione al piacere ed interesse nelle relazioni interpersonali e sociali, con una tendenza ad un ritiro sociale, sebbene sotto un versante sociale ed interpersonale, sia risultato in grado di affrontare la ripresa di un impegno lavorativo, come meccanico d'auto, dal gennaio 2007, fino a tutt'oggi, come su descritto, ciò che permette di evidenziare, anche la presenza di risorse sociali ed interpersonali. 2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Da un punto di vista medico-psichiatrico, i disturbi psicopatologici, presentati dall'assicurato, non ne minano attualmente la capacità lavorativa. 2.2 L'attività attuale è ancora praticabile? Sì. 2.3 Se sì, in quale misura (ore al giorno)? Dal punto di vista medico-psichiatrico, l'attività di aiuto meccanico è praticabile nella misura del 100%, vale a dire otto ore al giorno circa. 2.4 È constatabile una diminuzione della capacità di lavoro? No. 2.6 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico di almeno il 20%? Dall'autunno 2006, il peritando ha presentato un'incapacità lavorativa del 20%, nel contesto di uno stress psicosociale, costituito da un rischio di un mancato rinnovo del permesso di soggiorno in Svizzera, con ripercussioni sociali e famigliari significative, come su descritto. 2.7 Qual è stato da allora lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Dall'ottobre 2006, il peritando, attraverso un trattamento psichiatrico e psicoterapico di sostegno, consistente anche in un trattamento ansiolitico ed antidepressivo [Tranxilium, 10 mg (1 - 0 - 0 - 0), Citalopram, 40 mg (1 - 0 - 0 - 0)], ha potuto presentare un miglioramento clinico del quadro psicopatologico, consistente in una sindrome mista ansioso-depressiva, con miglioramento, sia dei disturbi ansiosi e del disturbo timico, miglioramento anche psichico, stabilizzatosi ulteriormente, con una riassunzione professionale, da parte del suo ultimo datore di lavoro (\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_), dal

gennaio 2007 al 100% e dall'aprile 2007 al 50%, cambiamento di contratto lavorativo questo, mal vissuto dal peritando stesso. 3 L'ambiente di lavoro dell'assicurato è in grado di sopportarne i disturbi psichici? Essendo stato riassunto il peritando dal suo ultimo datore di lavoro (\_\_\_\_\_) dal gennaio 2007 al 100%, sebbene dall'aprile 2007 nella misura del 50%, risulta pensabile che il datore di lavoro sia in grado di sopportare un'eventuale presenza di disturbi psichici. C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? Tenuto conto della formazione acquisita dal peritando, della sua conoscenza linguistica di base dell'italiano, più che una riqualifica professionale, risulta indicata, da un punto di vista medico-psichiatrico, un aiuto al collocamento ed eventualmente ad un orientamento professionale, da parte dell'AI. 2 È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? Come già scritto in precedenza, l'assicurato è nuovamente alle dipendenze del suo ultimo datore di lavoro, sebbene il contratto di lavoro, dall'aprile 2007, sia stato ridotto al 50%, a dire del peritando, non per motivi di salute, ma piuttosto per motivi economici. 3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Sì, l'assicurato è in grado di svolgere altre attività. 3.1

Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività (esigenze nei confronti delle persone cui si fa riferimento, clima di lavoro ecc.)? Da un punto di vista medico-psichiatrico non vi sono particolari restrizioni e limiti, di cui tenere conto, se non un'attività senza particolari responsabilità, che richiedano un apprendistato specifico di lunga durata. Risulta indicato, da un punto di vista medico-psichiatrico, un aiuto ed intervento dell'AI, rispetto ad un collocamento professionale. 3.2

In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno)? Da un punto di vista medico psichiatrico, si possono svolgere altre attività, per circa otto ore al giorno. 3.3 È constatabile una riduzione della capacità di lavoro? No." (Doc. AI 75/8-13) A seguito delle indicazioni del 9 novembre 2007 del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. AI 89-1) l'UAI ha predisposto un

accertamento peritale reumatologico presso il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia (doc. AI 90-1). Il Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia reumatologica del 4 febbraio 2008, dopo aver illustrato l'anamnesi del paziente, lo status e la documentazione radiologica e medica, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di " Sind. cervicovertebrale cronica senza neurologia su/con: - discopatia C4/6 con piccola protrusione centrale; - discopatia C5/6 con protrusione diffusa e foraminale dx. Sind. lombovertebrale cronica senza neurologia con/su: - discopatia L4/5 con piccola ernia discale mediolaterale sx con restringimento del canale e del forame corrispondente; - discopatia L5/S1 con protrusione discale mediana-paramediana bilaterale lievemente più marcata verso dx; - dolori lombospondilogeni cronici all'arto inferiore sx, da ultimo anche a dx. " (doc. AI 93-12). Il medico interpellato dall'UAI ha poi fornito la seguente

valutazione delle conseguenze sulla capacità di lavoro: " (...) B. **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO**  
B.1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati: Dal lato somatico, in considerazione delle alterazioni degenerative della colonna lombare, risulta una limitata caricabilità agli sforzi. Il paz. può portare e sollevare ergonomicamente pesi di 15-20 kg anche se non in modo ripetitivo, senza limitazioni pesi fino a 10-15 kg. Non dovrebbe eseguire continui movimenti di flessione del tronco o rimanere a lungo in posizione ergonomiche sfavorevoli (torsione e/o flessione lombare) o in posizione accovacciata. Non dovrebbe tenere a lungo posizione eretta o seduta senza poter cambiare posizione ogni ora circa. Può spostarsi senza limiti su terreni piani e scale. Sono da evitare

terreni fortemente sconnessi o in forte pendenza, scale a pioli o ponteggi, così come manipolare attrezzi pesanti o infine lavori che contemplano forti vibrazioni sulla colonna vertebrale. Normale motricità degli arti superiori e delle mani. Per quanto riguarda i disturbi cervicali si possono ritenere alcuni limiti funzionali aggiuntivi, come evitare lavori che richiedano continui movimenti soprattutto di flessione-estensione della testa, di manipolare oggetti pesanti. B.2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale: Nella sua precedente perizia del 2004 Dr. \_\_\_\_\_ riteneva una capacità lavorativa residua come meccanico d'auto del 50%. Nel suo rapporto del settembre 2006 Dr. \_\_\_\_\_ segnala che il paz. soffre di cervicalgie e lombalgie croniche su importanti disturbi degenerativi con ernie discali e discopatie. Attualmente il paz. non può eseguire lavori pesanti ma unicamente lavori prevalentemente da seduto con cambio frequente delle posizioni e senza portare pesi elevati. La situazione è peggiorata nell'arco degli ultimi due anni. In seguito nei due certificati del giugno e ottobre 2007 ritiene l'assicurato inabile al 50% per qualsiasi attività lucrativa. In considerazione di tutto quanto precede, in particolare delle costatazioni cliniche, dei referti medici e della diagnostica per immagini, non mi risultano elementi oggettivi o somatici a prova di un effettivo peggioramento della situazione rispetto alla perizia del Dr. \_\_\_\_\_. Per tanto anche dal mio punto di vista ritengo che l'assicurato possa svolgere nella misura del 50% la sua attività di meccanico d'auto, che d'altra parte svolge attualmente in questa misura. C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE: C.1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Sono in corso o previsti? Non sono in corso o previsti particolari provvedimenti d'integrazione. Il paz. ha beneficiato di tutta la paletta di misure riabilitative e terapeutiche conservative, mentre la possibilità di migliorare i suoi disturbi dal punto di vista chirurgico è stato da più parti escluso o sconsigliato. Da parte mia non vedrei altre possibilità terapeutiche finora non sfruttate, considerando anche la componente funzionale associata. C 2 È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. C.3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? In un'attività adeguata alle possibilità del paz. sarebbe un lavoro leggero o medioleggero che rispetti i limiti indicati sopra (vedi punto B.1). Una capacità lavorativa completa in un'attività adatta è tuttora ipotizzabile dal punto di vista medico-teorico per quanto concerne l'aspetto somatico, rispettivamente reumatologico. D.

OSSERVAZIONI: Soggettivamente l'assicurato ha tuttavia l'impressione di non poter fare quasi più niente, ciò che riflette anche dal lato della capacità lavorativa la discrepanza soggettiva-oggettiva descritta in precedenza (vedi punto A.5). Mezzi ausiliari non sono necessari. Sperando di aver così risposto in maniera esauriente alle vostre domande, mi è gradita l'occasione per porgervi i miei più cordiali saluti." (Doc. AI 93/12-16) Da parte sua il ricorrente ha prodotto il certificato medico del 20 maggio 2008 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, dal seguente tenore: " Si tratta di un paziente che lamenta ormai dal 2003 una sintomatologia cervicale in presenza di discopatia C5/6 e lombovertebrale nell'ambito di processi degenerativi importanti a livello L4/5, L5/S1. Il paziente continua a lamentare malgrado le terapie conservative fin qui eseguite dolori cervicali ma soprattutto dolori lombari irradianti alle gambe. Il paziente presenta ripetuti blocchi lombari che ho potuto verificare nel mio studio medico. Per questa ragione ho fatto eseguire in data 21.06.'07 una nuova RMN lombare che mostra in confronto con le precedenti lastre un lieve peggioramento della compressione L4/5 a sx. Per questo motivo ho fatto visitare il paziente al Dr. \_\_\_\_\_ di cui allego la lettera del 24.09.'07. Questo riconferma la presenza di conosciute discopatie L4/5, L5/S1 "ora leggermente aumentate con delle leggere protrusioni intra-foraminali a sx". Il Dr. \_\_\_\_\_ ritiene proponibile un intervento al

livello delle doppie discopatie con una spondilodisi lombare, non eseguita a causa della precaria situazione sociale del paziente (timore di perdere il lavoro al 50%). Sulla base di queste constatazioni ritengo che il paziente presenti una situazione lombare in peggioramento negli ultimi anni come confermato anche dalle recenti RMN e dalla valutazione specialistica dal Dr. \_\_\_\_\_.

In questo senso questo peggioramento non è stato valutato al livello di AI. Sulla base di queste constatazioni ritengo che il paziente sia inabile in misura del 50% in qualsiasi attività lavorativa a ragione del fatto che egli deve cambiare frequentemente posizioni da seduto ad in piedi, evitare di sollevare carichi ripetuti, evitare di lavorare in posizioni non ergonomiche del rachide. Per questo motivo risulta inabile in misura del 50% in qualsiasi attività lavorativa." (Doc. AI 98-12)

L'assicurato ha inoltre prodotto lo scritto del 20 giugno 2008 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia: " In relazione alla sua richiesta di una mia presa di posizione sulla decisione del 5.6.2008 da parte dell'Assicurazione Invalidità nei confronti del mio paziente sopraccitato, le confermo che non sono d'accordo con questa decisione. Le riconfermo che il Signor RI 1 presenta un disturbo depressivo oramai ricorrente e un disturbo somatoforme da dolore persistente, un'emicrania cronica resistente alle terapie, già indagata presso l'Ospedale \_\_\_\_\_, inoltre la conosciuta patologia reumatologica che è stata già indagata da diversi specialisti e che il medico curante, Dr. \_\_\_\_\_ valuta invalidante nella misura del 50%. Per quanto riguarda la valutazione effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_, non sono d'accordo tanto nella descrizione clinica del paziente, quanto nelle conclusioni, che a mio modo di vedere, a monte di un'obiettività piuttosto severa conclude senza riconoscere la diagnosi esatta di episodio depressivo e formulando una diagnosi assolutamente insufficiente quale sindrome mista ansioso-depressiva. Questa diagnosi non si può più esporre quando il disturbo, a distanza di tempo, è presente in una forma timica stabilizzata ed è sotto trattamento psichiatrico ambulatoriale. Il Signor RI 1 è in mia osservazione dal 16.10.2006, segue costantemente una terapia psicofarmacologica importante che è stata adeguata nel corso del tempo secondo l'evoluzione clinica e le manifestazioni soggettive e oggettive del paziente. Come al solito si mette in rilievo la situazione di disagio economico e psicosociale ma dimentichiamo che il paziente di sua iniziativa e senza nessun aiuto è riuscito a ritrovare un posto di lavoro a tempo ridotto pur di poter garantire alla sua famiglia un reddito minimo sufficiente. Sulle osservazioni del collega Dr. \_\_\_\_\_ sullo stile psicosomatico del paziente, non entro nel merito in quanto si tratta di approcci diagnostici e nosologici diversi ma mi permetto di osservare unicamente che lo stile di personalità psicosomatico in generale non ha un substrato organico, cosa che non è il caso in questo paziente che, al di là delle discussioni del grado invalidante delle proprie patologie, porta sicuramente delle patologie di carattere neurologico, psichiatrico e osteoarticolare importanti. Le ricordo inoltre la storia del paziente che i problemi depressivi si sono soltanto accentuati nell'ultimo periodo ma erano già stati segnalati in passato a causa di diversi eventi luttuosi che avevano coinvolto la famiglia del Signor RI 1." (Doc. AI 98-13)

2.6. 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.(...)" (nello stesso senso cfr. STF 9C\_170/2008 del 7 novembre 2008). 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. CFP, 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). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni peritali effettuate dal Dr. \_\_\_\_\_ e dal Dr. \_\_\_\_\_, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. 2.7.1. Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha infatti sottoposto l'assicurato ad un accurato esame specialistico in data 25 aprile 2007. Nel referto del 15 maggio 2007 lo specialista dopo aver posto la diagnosi di "Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2), dall'ottobre 2006. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4), dal giugno 2003" ha precisato che dal punto di vista medico-psichiatrico, i disturbi psicopatologici di cui soffre l'assicurato non ne minano attualmente la capacità lavorativa. Pertanto l'attività di aiuto meccanico è praticabile in misura piena (100%). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Tale non può essere lo scritto del 20 giugno 2008 del Dr. \_\_\_\_\_ nel quale il medico curante ha espresso il suo disaccordo con la decisione impugnata e con la perizia del Dr. \_\_\_\_\_. In particolare, egli ha diagnosticato, oltre al disturbo somatoforme da dolore persistente (già indicato nel rapporto del 14 dicembre 2006), un disturbo depressivo ricorrente contestando la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha asserito che "questa diagnosi non si può più esporre quando il disturbo, a distanza di tempo, è presente in una forma timica stabilizzata ed è sotto trattamento psichiatrico ambulatoriale". Egli ha inoltre valutato il ricorrente dal punto di vista psichiatrico inabile al 50% (doc. AI 98-13). La Dr.ssa \_\_\_\_\_ psichiatra del SMR e il Dr. \_\_\_\_\_, FMH generale, nelle annotazioni del 29 luglio 2008 hanno confermato che "lo status evidenziato dal Dr. \_\_\_\_\_ è concorde con una valutazione di sindrome ansioso-depressiva il cui decorso viene descritto come migliorato e non vengono forniti elementi clinici di supporto per una diversa valutazione da parte dello psichiatra curante" (doc. IV bis). I medici del SMR hanno quindi rilevato che la patologia ansioso-depressiva presente in comorbidità al disturbo somatoforme non appare di gravità ed intensità tali da aver compromesso in maniera significativa la capacità lavorativa di RI 1 (doc. IV bis). Giova ricordare al riguardo in tale contesto un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, cioè in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in

caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C\_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" Tutto ben considerato, dunque, a mente del TCA non vi sono motivi per distanziarsi dalle conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_, alle quali deve essere attribuita, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.6.), forza probatoria piena, in quanto approfondite, complete e motivate. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.7.2. Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna ha sottoposto l'assicurato ad un accurato esame specialistico in data 11 gennaio 2008. Nel referto del 4 febbraio 2008 il reumatologo, dopo aver posto la diagnosi di “ Sind. cervicovertebrale cronica senza neurologia su/con: - discopatia C4/6 con piccola protrusione centrale; - discopatia C5/6 con protrusione diffusa e foraminale dx. Sind. lombovertebrale cronica senza neurologia con/su: - discopatia L4/5 con piccola ernia discale mediolaterale sx con restringimento del canale e del forame corrispondente; - discopatia L5/S1 con protrusione discale mediana-paramediana bilaterale lievemente più marcata verso dx; - dolori lombospondilogeni cronici all'arto inferiore sx, da ultimo anche a dx. ” ha riferito che in considerazione delle constatazioni cliniche, dei referti medici e della diagnostica per immagini, non vi sono elementi oggettivi o somatici che dimostrino un effettivo peggioramento del quadro valetudinario rispetto alla perizia svolta nel 2004 dal Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 93-15). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi confermato la capacità lavorativa del 50% nell'attività di meccanico d'auto, mentre in un'attività adeguata vi è una capacità lavorativa completa (doc. AI 93-15) Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da questa valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Il certificato medico del 20 maggio 2008

del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, non permette una diversa valutazione della fattispecie. La diagnosi del medico curante infatti si sovrappone a quella del perito (cfr. doc. AI 98-12, 93-11/12). Diverge per contro la valutazione della capacità lavorativa: 50% in ogni attività secondo il medico curante, abilità completa in attività adeguate secondo il perito. Nelle annotazioni del 29 luglio 2008 i medici del SMR hanno sottolineato che l'esame della colonna lombare del 21 giugno 2007 è stata valutata anche dal Dr.

\_\_\_\_\_ “ senza che fosse ritenuto esservi una sostanziale evoluzione radiologica ”

(doc. IV bis) Alla luce di quanto esposto e della giurisprudenza in materia di valore probatorio (consid. 2.6) il TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr.

\_\_\_\_\_ e che i referti del Dr. \_\_\_\_\_ non apportano nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulla valutazione specialistica del perito dell'amministrazione. Le conclusioni del medico curante seppur parzialmente divergenti per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai referti peritali e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla sua capacità di lavoro. Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il

## **E. 2**

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

## **E. 2.4**

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.

## **E. 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). 2.5. Nella decisione su opposizione del 15 luglio 2005 (doc. AI 42-1) che ha confermato la precedente decisione del 28 settembre 2004 (doc. AI 34-1) l’UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell’assicurato fondandosi, in particolare, sulla perizia medica del 14 maggio 2004 del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 18-1). A seguito delle indicazioni dell’8 gennaio 2007 del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. AI 62-1) che ha portato l’amministrazione in sede di risposta a proporre il rinvio degli atti (doc. AI 63-1) e il conseguente stralcio della causa da parte del TCA (doc. AI 65-1), l’UAI ha predisposto un accertamento peritale psichiatrico presso il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 72-1). Il Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia medica del 15 maggio 2007, dopo aver illustrato l’anamnesi del paziente, i dati soggettivi e le constatazioni obiettive, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di “Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F 41.2), dall’ottobre 2006. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4), dal giugno 2003 ” (doc. AI 75-8) Lo specialista ha poi fornito la seguente valutazione delle conseguenze sulla capacità di lavoro: " (...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro 1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati

## E. 5

giugno 2008 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In casu , sia il referto del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e reumatologia del 24 maggio 2009 (doc. F1) che quello del Dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ del 19 febbraio 2009 (doc. F2) e del Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio di neurologia dell’Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ (doc. XIX 2) sono ampiamente successivi alla decisione impugnata e si riferiscono ad un quadro clinico constatato dopo il 5 giugno 2008, in particolare per quanto riguarda la diagnosi di sospetta “claudicatio radicolare” in L5 a sinistra indicata sia dal Dr. \_\_\_\_\_ che dal prof. \_\_\_\_\_ (cfr. dco. XIX 2, doc. F1) che influenzerebbe in maniera importante la capacità lavorativa dell’assicurato: " (...) Falls eine Claudicatio radicularis L5 li vorliegen würde, wäre die Tätigkeit als Automechaniker nicht mehr zumutbar (...) auch für körperliche leichte Tätigkeiten würde die restliche Arbeitsfähigkeit höchstens 30% auf Grund der anhaltenden invalidisierenden Schmerzen betragen” (doc. F1) " (...) je suis d’accord avec le médecin traitant que l’irritation radiculaire et la claudicatio, ainsi que la problematique au niveau du bras ne sont pas compatibles avec une activité à plein temps en tant que mécanicien automobile” (doc. XIX 2) Il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR nelle annotazioni del 17 giugno 2009 ha proposto l’esecuzione di una perizia SAM comprendente la valutazione reumatologica, neurologica e psichiatrica. Secondo il medico “ nella perizia SAM dovrà in particolare essere discussa la sospetta claudicatio radicolare ” e “ si dovrà valutare dettagliatamente i criteri di Förster in questo caso che fino a prova contraria ha caratteristiche primariamente somatoformi ” (doc. XXI bis). In considerazione, dunque, di questi certificati medici e delle annotazioni del SMR, il TCA ritiene opportuno trasmettere all’amministrazione gli atti affinché proceda ad una revisione d’ufficio secondo le indicazioni del Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. art. 87 cpv. 2 OAI). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e

concludenti risultanze dei periti interpellati dall'amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e richiamato inoltre l'obbligo che 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 Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimi-gianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 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 l'assicurato è tuttora abile in misura del 50% in ogni attività. Nella misura in cui l'UAI ha negato il diritto dell'assicurato ad una rendita d'invalidità (grado del 25%), la decisione 5 giugno 2008 deve, perciò, essere confermata. 2.8. L'assicurato ha chiesto al TCA “ di valutare l'opportunità di demandare ad un nuovo perito l'incarico di, da un lato dirimere la diatriba fra il Dr. med. \_\_\_\_\_ e il Dr. med. \_\_\_\_\_ e, dall'altro, completare la valutazione della sindrome somatoforme trascurata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ ” (doc. XI) Al proposito si osserva che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- sono poste a carico dell'assicurato.

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