

## TI\_GERICHTE 32.2008.55 vom 13. Februar 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-02-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.55](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.55)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.55 du 13 février 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.55 del 13 febbraio 2008

### Regeste

A ragione l'Ufficio AI, confermata una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata dal momento della perizia, ha soppresso il diritto alla rendita intera tre mesi dopo l'appurata capacità lavorativa residua

### Erwägungen

#### E. 17

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). 2.7. Nell'evenienza concreta, nelle annotazioni 15 settembre 2006, il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha concluso che "(...) la ricca documentazione medica, anche peritale, non apporta dati conclusivi circa le capacità fisiche residue, queste non sono nemmeno desumibili dal referto conseguente a terapie riabilitative. In mancanza di dati significativi, per prendere decisioni adeguate, si chiede una perizia fisiatrica-reumatologica al dr. \_\_\_\_\_." (doc. AI 20/1). L'Ufficio AI ha quindi ordinato un accertamento medico a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 22/1-2). Nella perizia 16 gennaio 2007 (doc. AI 23/1-7), il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia e medicina interna – posta la diagnosi di "(...) sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, in - discopatie L4/5 ed L5/S1, - disturbi statici del rachide e decondizionamento muscolare – sindrome fibromialgica (...)" (doc. AI 23/6) –, ha espresso la seguente valutazione: "(...) Il signor RI 1, nato il \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ lamenta da diversi anni lombalgie esacerbate nel 2004; da una risonanza magnetica lombare del 20.1.2000 è nota una discopatia bisegmentale L4/5 ed L5/S1. Il 9.11.2005 veniva sottoposto ad una prima valutazione reumatologica con diagnosi di sindrome lombovertebrale e lombospondilogenica cronica a sinistra; l'ultima risonanza magnetica lombare del 9.5.2006 riconfermava le discopatie note. L'assicurato non ha risentito un miglioramento dei dolori alle cure farmacologiche-fisiatriche anche in contesto stazionario, risultando inabile al lavoro come carrozziere al 100% dal 28.2.2005; ora avverte dolori lombari persistenti giorno e notte, irradianti dorsali nella coscia sinistra, laterali nel polpaccio sinistro a tratti verso il piede interno, a tratti verso quello esterno,

lombosciatalgie presenti anche medialmente anche alla gamba destra fino alla caviglia destra, le lombalgie prevalgono, le sciatalgie non aumentano alle manovre di Valsalva, quando inizia a camminare "tira", con l'avvio aumentato, peggiorano camminando, non si ricorda se vi sia un incremento deambulando in salita o in discesa, stando seduto o in piedi rimangono invariati; la lombare appare altamente limitata alla flessione attiva, moderatamente alle altre escursioni passive, tendenzialmente la mobilità lombare è migliorata rispetto al febbraio 2006, quando veniva ricoverato presso la clinica di riabilitazione a \_\_\_\_\_, sono assenti deficit lomboradicolarari. L'assicurato lamenta pure dolori cervicotoracali, la mobilità cervicale è libera in ogni direzione, assenti deficit cervicoradicolarari. I sintomi lamentati e la presentazione degli stessi dall'assicurato si spiegano soltanto parzialmente con le alterazioni degenerative riscontrate al rachide lombare, la tendenza alla generalizzazione del dolore è dovuta ad una sindrome fibromialgica confermata con la presenza di 11 punti fibromialgici su 18 riparti simmetricamente alla parte superiore ed inferiore del corpo. (...)." (doc. AI 23/4-5) Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso: " (...) Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale residua descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, dal 19.3.2006, giorno successivo alla dimissione dalla clinica riabilitativa di \_\_\_\_\_. Nella sua ultima attività come carrozziere, giudico l'assicurato inabile al lavoro nella misura dei 2/3, dal 28.2.2005, trattandosi di un lavoro svolto prevalentemente in posizioni inergonomiche per il rachide. (...)." (doc. AI 23/6) Il dr. \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 1. febbraio 2007 (doc. AI 25/1), ha osservato che: " (...) In particolare dobbiamo notare che per il periodo dal 28.02.2005 al 19.03.06, l'assicurato ha presentato IL 100% e si è sottoposto a cure fisiatriche, per cui in questo periodo non conteggiamo una attività adeguata, possiamo definire che l'attività adeguata ha cominciato ad essere presa in considerazione alla dimissione dalla Clinica di \_\_\_\_\_, ovvero raggiunte delle condizioni cliniche ritenute stabilizzate dopo cure adeguate. In conclusione: IL 66,6% dal 28.02.05 in attività di carrozziere CL 100% dal 19.03.06 in attività adeguata secondo i limiti espressi nell'allegata "capacità funzionale residua" alla perizia del dr. \_\_\_\_\_." (doc. AI 25/1) L'Ufficio AI – viste le risultanze delle perizia reumatologica e ritenuti il rapporto finale 1. giugno 2007 della consulente in integrazione e la tabella allestita il 19 settembre 2007 (doc. AI 31/1-4 e 32/1-3) – , con progetto 2 ottobre 2007 (doc. AI 33/1-3), ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera dal 1. febbraio al 1. luglio 2006. Con osservazioni 2 novembre 2007 (doc. AI 40/1-3) l'assicurato, sempre tramite l'avv. RA 1 – contestata la valutazione medica, sostenuto di non essere in grado di svolgere alcuna attività lavorativa e prodotto l'esame RM colonna lombare del 24 ottobre 2007 – , ha chiesto il riconoscimento del diritto alla rendita intera anche dopo il 30 giugno 2006. Il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nelle annotazioni 22 novembre 2007 (doc. AI 42/1), ha osservato che: " (...) Attualmente vengono presentati: Referto RM colonna lombare del 24.10.2007: - discopatia L4-S1 invariata (si parla di sfioramento della radice senza vera e propria compressione) Valutazione: l'attuale referto RM non evidenzia una modifica sostanziale radiologica a livello lombare, permane quindi valido l'apprezzamento del dr. \_\_\_\_\_, perito reumatologico. In presenza d'una diagnosi di fibromialgia risulta indispensabile disporre d'una valutazione psichiatrica, urge quindi una valutazione psichiatrica in ambito SMR per valutare presenza di problematica psichiatrica con influsso sulla capacità lavorativa residua. In considerazione del tempo trascorso dalla valutazione

peritale dr. \_\_\_\_\_ è indicata una valutazione mista reumatologica/psichiatrica sempre in ambito SMR per poter stabilire una eventuale modifica della situazione reumatologica rispetto a 1.2007. " (doc. AI 42/1) Nel rapporto medico 11 gennaio 2008 (doc. AI 45/1-7) la dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. in psichiatria e il dr. \_\_\_\_\_, Spec. medicina interna-reumatologo, medici SMR – posta la diagnosi principale di “(...) discopatia L4-L5 e L5-S1 – disturbi statici del rachide con decondizionamento muscolare – non disturbo psichiatrico (...)” e quella, senza influsso sulla capacità lavorativa, di “(...) ipotiroidismo secondario a malattia di Basedow – nefrolitiasi – sindrome fibromialgica (...)”, considerati i seguenti limiti funzionali: “(...) può sollevare abitualmente fino a un massimo di 15 kg – può sollevare solo saltuariamente massimo 20 kg – deve evitare la deambulazione su terreni sconnessi – deve evitare movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del rachide – deve evitare situazioni di precario equilibrio – deve limitare il salire e scendere le scale – può mantenere la posizione statica seduta per 30 minuti – può mantenere la posizione statica in piedi per 45 minuti (...)” e ritenuta un’incapacità lavorativa del 70% quale carrozziere dal febbraio 2005 e una capacità lavorativa del 100% in un’attività adeguata dal gennaio 2007 – hanno espresso la seguente valutazione: " (...) Trattasi di un A di 49 anni, sposato, di origine \_\_\_\_\_ che ha sempre svolto la professione di carrozziere. Assicurato in discrete condizioni generali. Dal 2000 presenta lombalgia ricorrente con riscontro in RMN nel gennaio 2000 di discopatia bi segmentale L4-L5 e L5-S1. Nel febbraio 2005 viene giudicato totalmente inabile al lavoro a causa di una sindrome lombovertebrale e dal dicembre 2005 è stato licenziato. Nel novembre 2005 visita reumatologica con diagnosi di sindrome lombovertebrale e lombospondilogeno cronica a sinistra. Le cure mediche e fisiatriche vengono riferite dall'assicurato come di scarso beneficio. Già proposto intervento di stabilizzazione lombosacrale. Alla valutazione funzionale odierna si stabilisce un limite di 15 kg nel sollevare pesi; evitare movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del rachide; evitare la deambulazione su terreni sconnessi; eseguire il salire e scendere le scale con aiuto; evitare situazioni di instabilità . L'A. è stato sottoposto ad un valutazione peritale del Dr. \_\_\_\_\_ del 16.1.2007 il quale riporta che i sintomi lamentati e la presentazione degli stessi si spiegano soltanto parzialmente con le alterazioni degenerative riscontrate al rachide lombare, la tendenza alla generalizzazione del dolore è dovuta ad una sindrome fibromialgica. In anamnesi psichiatrica remota e attuale non vengono riferiti sintomi inquadabili in disturbi psichiatrici di asse I o II secondo DSM IV TR. L'A. inoltre non è mai stato in cura psichiatrica. L'A lamenta uno stato di irritabilità che medica al bisogno con una compromessa di Temesta da 1 mg e di insonnia secondari alla patologia algica. I rapporti sociali sono descritti come integri: la famiglia lo supporta anche dal punto di vista economico, in particolare il figlio e la rete sociale è presente. Anche i contatti con i fratelli sono mantenuti e sono buoni. A livello sociale mantiene quindi una buona integrazione; lo stesso A afferma di adoperarsi anche ora che è malato a mantenere un contatto con il mondo esterno in modo da non isolarsi. Non si evidenziano quindi perdita dell'integrazione sociali in tutti gli ambiti. La valutazione reumatologica e funzionale odierna non permette di evidenziare un peggioramento delle capacità funzionali rispetto alla perizia reumatologica eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_ nel gennaio 2007. Si stabilisce una capacità lavorativa del 100% con rendimento massimo del 100% in attività che rispetta i limiti sopra elencati. In attività come carrozziere si stabilisce incapacità lavorativa del 70% (dal 28.02.2005). L'assicurato non necessita di ausili ortopedici. L'intervento di stabilizzazione del rachide lombosacrale può portare ad un discreto miglioramento delle capacità funzionali complessive. Buona parte della sintomatologia riferita dall'assicurato può essere imputata

alla presenza di una sindrome fibromialgica. Dal punto di vista psichiatrico la CL è da considerarsi completa. (...)" (doc. AI 45/6-7) L'Ufficio AI, con decisione 1 febbraio 2008 (doc. AI 50/1-2 e le motivazioni sub doc. AI 48/1-3) – sulla base delle risultanze del rapporto medico 11 gennaio 2008 (doc. AI 45/1-7) –, ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera dal 1. febbraio 2006 al 30 aprile 2007. 2.8. 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. (...)") (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht 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. (...)") (cfr. STFA del 16 ottobre nella causa N., 9C\_142/2008, consid. 2.2) 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).

2.9. Nella presente fattispecie, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporto medici, questo Tribunale ritiene che le conclusioni a cui sono giunti i medici del SMR, secondo cui l'assicurato dal febbraio 2005 è inabile al lavoro nella misura del 70% e da gennaio 2007 è abile al lavoro al 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti, possano validamente costituire da supporto probatorio al giudizio senza che si riveli necessario procedere a ulteriori atti istruttori. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, nella perizia 9 novembre 2005 all'intenzione della \_\_\_\_\_ (doc. AI 14/13-22), aveva, in particolare, osservato che "(...) concordo con il neurochirurgo Dr. \_\_\_\_\_ (sua valutazione del maggio 2005) sulla necessità di un potenziamento della riabilitazione tramite l'invio del paziente in un Centro Specialistico il che permetterà anche una valutazione più dettagliata della caricabilità fisica in vista di una eventuale ripresa lavorativa, al momento non proponibile. (...)". Nel rapporto medico 30 gennaio 2006 (doc. AI 6/1-2) il dr. \_\_\_\_\_ ha puntualizzato che "(...) ho esaminato il paziente una sola volta (28.10.2005) per una valutazione peritale richiesta dalla \_\_\_\_\_ z Assicurazioni, \_\_\_\_\_, dove va richiesto il mio rapporto. Da segnalare che al momento della perizia le condizioni di salute del paziente erano a mio parere non ancora stabilizzate. Una valutazione definitiva dell'esigibilità non era allora possibile. (...)". Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna, reumatologia, fisioterapia e riabilitazione, e il dr. \_\_\_\_\_, primario rispettivamente medico assistente della Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_, nel rapporto 30 marzo 2006 della degenza dal 19.02.2006 al 18.03.2006 (doc. AI 14/25-28), non si sono espressi sulla capacità lavorativa residua in un'attività adeguata e hanno concluso che "(...) fino all'ultima settimana della degenza potevamo esprimerci sulla capacità lavorativa per raccomandare un'attività nella misura del 50% (in qualità di carrozziere); il paziente riusciva a partecipare all'allenamento regolare per poi interrompere per i dolori lombari riaccentuati. Purtroppo non si poteva diminuire la sintomatologia dolorosa in modo significativo durante l'ultima settimana di

ricovero, per questo motivo non proponiamo di riprendere al momento la sua attività professionale. (...)” (doc. AI 14/27). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurochirurgia, nel rapporto 24 febbraio 2006 (doc. AI 10/1-4), osservato che ha visto il paziente un’unica volta il 3 maggio 2005, ha concluso che “(...) in considerazione della situazione clinica e neuroradiologica in maggio 2005, ritengo che nell’attività come carrozziere evidentemente il paziente presenti una limitazione della capacità lavorativa decisamente superiore al 50%. Mentre in attività leggere ed ergonomicamente favorevoli, il paziente potrebbe svolgere un lavoro anche in misura superiore al 50%. Riterrei comunque una valutazione medico supplementare opportuna. (...)” (doc. AI 10/2). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale, nel rapporto medico 2 maggio 2006 (doc. AI 14/1-3), poste le diagnosi note, ha attestato un’inabilità lavorativa del 100% nella sua ultima attività esercitata dal 28 febbraio 2005 e l’impossibilità di svolgere altre attività. Il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia 16 gennaio 2007 (doc. AI 23/1-7), ha concluso, tra l’altro, per una capacità lavorativa del 100% in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal 19 marzo 2006, ovvero il giorno successivo alla dimissione dalla clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_. Viste le risultanze appena sopra esposte, questo Tribunale ritiene che non è possibile concludere, come ha fatto il dr. \_\_\_\_\_, per una capacità lavorativa in un’attività adeguata già dal 19 marzo 2006. Infatti, il dr. \_\_\_\_\_, da una parte ha effettuato una valutazione retrospettiva senza motivarla in modo soddisfacente, d’altra parte va ricordato che nel caso di una valutazione retrospettiva della capacità lavorativa di un assicurato, in assenza di più attendibili elementi, va data particolare importanza alle certificazioni rese dal medico curante (su questo punto vedi Boltshauser, “Invaliditätsbemessung bis zur feststehenden Dauerinvalidität” in: Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, Band 45, St. Gallen 1999). E’ dunque a ragione che l’Ufficio AI ha riconosciuto l’assicurato abile al lavoro al 100% in un’attività adeguata a contare dal gennaio 2007, ovvero dal momento della perizia del dr. \_\_\_\_\_. Questa valutazione è stata poi ulteriormente confermata dal rapporto 11 gennaio 2008 (doc. AI 45/1-7) nel quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ hanno potuto, da una parte, escludere una patologia psichiatrica con effetto sulla capacità lavorativa e, d’altra parte, confermare la perizia del dr. \_\_\_\_\_ adducendo che “(...) la valutazione reumatologica e funzionale odierna non permette di evidenziare un peggioramento delle capacità funzionali rispetto alla perizia eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_ nel gennaio 2007. (...)” (doc. AI 45/7). Non è possibile concludere diversamente neanche avuto riguardo alla lettera 6 marzo 2008, indirizzata all’avv. RA 1, nella quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna, senza porre delle diagnosi nuove e precisare se nella sua o in qualsiasi attività, ha concluso, in modo del tutto generico, che “(...) a mio modo di vedere è assolutamente improponibile attualmente una ripresa dell’attività lavorativa. (...)” (doc. AI 56/13). Nel rapporto 27 novembre 2007 (doc. AI 29/11-12), richiamato dal dr. \_\_\_\_\_ nella lettera sopra in parola, il dr. \_\_\_\_\_ non ha poi espresso alcuna valutazione sulla capacità lavorativa. Anche nell’ulteriore documentazione medica prodotta in sede di procedura – e meglio i certificati: 27 marzo 2008 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. C/2); 10 aprile e 19 giugno 2008 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurochirurgia (doc. C/1 e XV/1) e 13 maggio 2008 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia (XV/2) – gli specialisti menzionati non si sono espressi sulla capacità lavorativa. Al riguardo, il dr. \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 14 maggio e 11 luglio 2008, ha osservato che “(...) l’attuale documentazione medica non permette di documentare una modifica dello stato di salute. Prevale tuttora una problematica dolorosa soggettivamente invalidante che non trova completa spiegazione oggettivabile. Permane quindi valida, in assenza d’una

modifica, la precedente valutazione valetudinaria basata su valutazione specialistica reumatologica e psichiatrica” (XII/Bis) e che “(...) la presente documentazione non evidenzia una modifica dello stato di salute dell’assicurato. Prevale il sospetto per una problematica funzionale. In particolare è stata esclusa una problematica neurologica ed un dolore discogeno. Permane al momento il sospetto per una componente articolare del dolore, componente che sicuramente non può spiegare la molteplicità dei disturbi lamentati dall’assicurato ritenuti dai vari medici consultati essere di origine prevalentemente funzionale. In conclusione si conferma la valutazione espressa in precedenza, valutazione basata su adeguata e ripetuta valutazione reumatologica e pure psichiatrica.” (XVII/Bis). In esito alle considerazioni appena esposte, questa Corte deve dunque concludere che – dal punto di vista medico – l’assicurato, nella sua attività di carrozziere, è inabile al lavoro al 70% da febbraio 2005 e, in un’attività adeguata, abile al lavoro al 100% da gennaio 2007.

2.10. Quanto alla valutazione economica, rimasta incontestata, il TCA si limita qui a rilevare quanto segue. Ritenuti determinanti i dati del 2006 (il diritto alla rendita intera è stato riconosciuto dal febbraio 2006; cfr. art. 29 cpv. 1 lett. b LAI e DTF 129 V 222) il reddito da valido ammonterebbe a fr. 54'917.48 (fr. 53'729.-- [fr. 4'133.-- x 13, cfr. doc. AI 8/1-3] moltiplicati per le rispettive variazioni percentuali dei salari del 1,0% e 1,2% negli anni 2005 e 2006; cfr. tabella B10.2 pubblicata in *La vie économique* 12-2008, pag. 95). Dall’attività accessoria (la cui indennità non è cambiata nel corso degli anni e i cui compiti sono stati divisi con la moglie dal gennaio 2006, cfr. doc. AI 27/1-5) risulta un reddito annuo soggetto all’AVS di fr. 11'645.-- (doc. AI 19/1-3). Nel 2006 il reddito ipotetico da invalido ammonterebbe poi a fr. 47'357.85 (fr. 4'732.-- riportati su 41.7 ore [ cfr. tabella B 10.1 e B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 12-2008, pag. 94-95] moltiplicati per 12 [la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] e ridotti del 20% [5% per la limitazione del porto di pesi e 15% per le limitazioni ergonomiche; cfr. doc. AI 31/3]). Ora, non conoscendo l’esatta ripartizione con la moglie dei compiti quale portinaio/custode, anche volendo ritenere, per pura ipotesi, che, a differenza degli anni precedenti, nel 2006 non ha ottenuto alcun reddito dall’attività accessoria esercitata in precedenza regolarmente (in merito ai redditi da attività accessoria vedi la STF del 31 maggio 2007 nella causa F., I 788/06, consid. 4.1 e la STF del 9 maggio 2007 nella causa D., I 130/06, consid. 6), il grado d’invalidità non raggiungerebbe il 40%. Infatti, anche in questa eventualità (ovvero la più favorevole) – considerato il reddito da valido pari a fr. 66'562.48 (fr. 54'917.48 + fr. 11'645.--) e quello da invalido di fr. 47'357.85 – , il grado d’invalidità sarebbe del 29%  $[(66'562.48 - 47'357.85) \times 100 : 66'562.48 = 28.85\%$  arrotondato al 29% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) e quindi inferiore al grado minimo pensionabile del 40% (art. 28 LAI).

2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, a ragione l’Ufficio AI ha riconosciuto all’assicurato il diritto ad una rendita intera dal 1. febbraio 2006 (un anno dopo l’incapacità lavorativa del 70%, art. 29 cpv. 1 lett. b LAI) al 30 aprile 2007 (tre mesi dopo la capacità lavorativa del 100% in un’attività adeguata da gennaio 2007, art. 88a OAI). La decisione impugnata va quindi confermata.

2.12. 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.--andrebbero poste a carico dell’assicurato, il quale è stato tuttavia posto al beneficio dell’assistenza giudiziaria (XII, cfr. consid. 1.7). Pertanto, l’assicurato è pure per il

momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (STF del 20 giugno 2007 nella causa S., I 885/06), riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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