

TI_GERICHTE 32.2012.243 vom 5. September 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-09-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.243

FR: TI_GERICHTE 32.2012.243 du 5 septembre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.243 del 5 settembre 2012

Regeste

Revisione della rendita AI per intervenuto miglioramento dello stato di salute. Rendita limitata nel tempo. Perizia pluridisciplinare SAM conferma il miglioramento, mentre i certificati dei curanti sono generici. Pienamente abile in altre attività adeguate. Grado AI: 17%, perciò nessun D a rendita AI

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 27.05.2013 32.2012.243 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 27.05.2013 32.2012.243 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 27.05.2013 32.2012.243

Revisione della rendita AI per intervenuto miglioramento dello stato di salute. Rendita limitata nel tempo. Perizia pluridisciplinare SAM conferma il miglioramento, mentre i certificati dei curanti sono generici. Pienamente abile in altre attività adeguate. Grado AI: 17%, perciò nessun D a rendita AI

Raccomandata Incarto n. 32.2012.243 TB Lugano 27 maggio 2013 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici con redattrice: Tanja Balmelli , vicecancelliera segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 28 settembre 2012 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 5 settembre 2012 emanata da Ufficio assicurazione invalidità , 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto A. RI 1, nato nel 1966, manovale edile, ha inoltrato, il 10 giugno 2010 (doc. 1), una richiesta di prestazioni AI. Dopo aver richiamato l'intero incarto dall'assicuratore contro le malattie, tra cui una perizia SAM pluridisciplinare (neurologica, psichiatrica e reumatologica) e la sentenza 36.2011.15 dell'11 luglio 2011 di questo TCA in ambito di indennità per perdita di guadagno in caso di malattia, con decisione del 5 settembre 2012 (doc. A), preavvisata dal progetto del 4 maggio 2012 (doc. 61-2), l'amministrazione ha assegnato a RI 1 una rendita limitata nel tempo dal 1° luglio 2011 al 31 marzo 2012. B. RI 1, rappresentato dal RA 1, è insorto al TCA il 28 settembre 2012 (doc. I) contro la predetta decisione, chiedendo il riconoscimento di una rendita intera di invalidità dal febbraio 2011 e di almeno una mezza rendita dal 1° aprile 2012. Il ricorrente ha rilevato che l'UAI ha fondato il suo giudizio essenzialmente sulla documentazione acquisita presso la _____ ed _____, da cui emerge che sarebbe stato completamente inabile al lavoro da febbraio 2010 a metà settembre 2010. In seguito, fino al ricovero per l'intervento chirurgico in sede lombare vi sarebbe stata una capacità lavorativa completa in lavori leggeri confacenti. Un nuovo periodo di inabilità lavorativa completa si sarebbe verificato a causa dell'intervento chirurgico subito e del successivo periodo di riabilitazione della durata di circa 6 mesi, ossia fino al 31 dicembre 2011. L'interessato ha invece sostenuto di essere sempre stato completamente inabile al lavoro, sia prima che dopo il 31 dicembre 2011, quindi anche nel

periodo in cui l'Ufficio AI l'ha ritenuto abile in attività adeguate. Inoltre, anche dopo il 31 dicembre 2011 persisterebbe un danno alla salute che limita fortemente la sua capacità lavorativa anche in attività adeguate. Al riguardo, egli avrebbe prodotto ulteriore documentazione medica. C. Con risposta del 16 ottobre 2012 (doc. IV) l'amministrazione ha proposto la reiezione del ricorso, confermando sia le conclusioni a cui sono giunti i medici interpellati, sia in particolare il rapporto finale del 15 febbraio 2012 (doc. 51) del Servizio Medico Regionale (a decorrere dal 24 giugno 2010, l'assicurato era inabile totalmente come manovale, mentre egli aveva piena capacità lavorativa dal 18 settembre 2010 in altre attività adeguate al suo stato di salute, eccetto il periodo dal 19 luglio 2011 al 31 dicembre 2011, in cui era inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività a causa dell'intervento chirurgico subito). Inoltre, perfino il medico curante del ricorrente aveva affermato che il paziente poteva tornare a lavorare evitando sforzi fisici intensi. Visto l'obbligo di ridurre il danno, secondo l'amministrazione è dimostrato che l'assicurato, dal 18 settembre 2010, risulta totalmente abile al lavoro in altre attività sostitutive rispettose dei limiti funzionali posti, con conseguente incapacità al guadagno inferiore al grado minimo di invalidità del 40%. Quanto al nuovo infortunio del 20 giugno 2012, l'Ufficio AI ha precisato che un eventuale peggioramento dello stato di salute dell'assicurato esula dal presente ricorso. L'insorgente non ha prodotto nuovi mezzi di prova (doc. V). considerato in diritto in ordine 1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007). nel merito 2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire

se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall' allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione) ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; DTF 128 V 174). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1, I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr., inoltre, STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.2). 3. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della

decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). 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. 88a 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. 88a 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; RCC 1984 p. 137). 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. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 4. Nel caso di specie, come già evidenziato dal Tribunale nella STCA 36.2011.15 dell'11 luglio 2011, l'interessato è stato sottoposto a numerose visite mediche. Dalle tavole processuali emerge, infatti, che l'insorgente è stato visitato in data 15 settembre 2010 (doc. 8 Cassa malati) dal dr. med. _____, FMH malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, medico fiduciario dell'assicuratore malattia che assicurava il ricorrente per inabilità lavorativa in caso di malattia. Dopo aver posto la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica, attualmente lieve, con anamnesticamente claudicatio radicolare (L4 a destra) e spinale in/con turbe statiche modiche del rachide (tendenzialmente piatto con accentuata lordosi lombosacrale), alterazioni degenerative plurisegmentali specialmente L4/5: osteocondrosi e protrusione discale con restringimento foraminale bilaterale complicato da anterolistesi di L4 su L5 di I grado; L5/S1: iniziale osteocondrosi con protrusione, lo specialista ha evidenziato: " All'origine della presente incapacità lavorativa certificata del 100% dal 31.01.2010 vi è una sintomatologia dolorosa in zona lombare coinvolgendo gli arti inferiori con caratteristiche da una parte meccaniche dall'altra parte claudicanti nell'ambito di alterazioni degenerative plurisegmentali, pronunciate in L5/S1 ed in particolare in L4/5 dove è presente una netta osteocondrosi associata ad una protrusione discale con un'instabilità segmentale che ha portato ad una anterolistesi di L4 su L5 di I grado. Ne risulta un restringimento dei forami di congiunzione all'origine di una probabile irritazione nervale intermittente (claudicatio radicolare e spinale). Alla luce di questi reperti le dichiarazioni del paziente riguardanti la sua sintomatologia rispettivamente le limitazioni che ne derivano appaiono del tutto coerenti e credibili; come spesso nel caso di un restringimento del canale spinale e dei forami il quadro clinico a riposo risulta piuttosto blando. L'iporiflessia nella gamba destra (patellare) documenta comunque una sofferenza

radicolare cronica. La patologia in atto riduce la capacità fisica del paziente, rendendolo non più idoneo per il suo lavoro di manovale-muratore con un'incapacità lavorativa che giudico del 70% e questo con o senza un'eventuale intervento chirurgica.”. Dopo aver descritto la capacità funzionale residuale dell'insorgente, a pagina 6 il dr. med. _____ ha proseguito: " Le condizioni di salute del paziente si sono stabilizzate. Non vi sono trattamenti conservativi proponibili che potrebbero modificare il presente quadro. Per un'attività lucrativa rispettosa alle sue risorse fisiche come stabilite sopra il signor RI 1 risulta dal profilo medico-teorico abile in forma normale e questo a partire da subito. Egli sarebbe propenso a sottoporsi all'intervento di stabilizzazione (presumo previa decompressione in L4/5) come proposto dall'ortopedico. È consapevole, che tale intervento non gli permetterà in ogni caso di riprendere il lavoro svolto. In caso che l'operazione venisse effettuata la capacità funzionale andrà rivalutata non prima di 6 mesi dopo l'intervento.”. In seguito alla nuova documentazione medica prodotta, l'assicuratore malattia ha deciso di sottoporre l'insorgente ad una perizia pluridisciplinare da parte del Servizio Accertamento Medico. Dal relativo referto, datato 11 gennaio 2011 (doc. 17), risulta che i periti hanno fatto capo a 2 consulti specialistici esterni, uno di natura psichiatrica (dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria) e l'altro di carattere neurologico (dr. med. _____, specialista FMH neurologia). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale cronica con radicolopatia cronica L4 destra di lieve entità, non deficitaria, con sintomatologia di claudicatio radicolare di lieve entità, turbe statiche modiche del rachide (tendenzialmente piatto con accentuata lordosi lombosacrale), alterazioni degenerative plurisegmentali, specialmente in L4-L5 con osteocondrosi e protrusione discale con restringimento foraminale bilaterale complicato da anterolistesi di L4 su L5 di primo grado, iniziale osteocondrosi con protrusione a livello L5-S1 e le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di gioco d'azzardo patologico (F63.0), ipertensione arteriosa diastolica non trattata, obesità corporea (BMI 33,2, circonferenza addominale 109 cm), stato dopo spondilodisi anteriore dopo trauma distorsivo nel 2003, malattia convulsiva generalizzata nell'infanzia-adolescenza, attualmente in remissione. Dal punto di vista psichiatrico, gli specialisti hanno rivelato che il consulente, dr. med. _____, dopo la descrizione dei disturbi soggettivi, ha esposto l'attuale esame psicopatologico dove evidenziava l'assenza di disturbi cognitivi, un livello intellettuale nella norma, anche se annotava una certa semplicità ideativa ed una ingenuità di fondo nel modo di presentare la sua situazione. L'eloquio era fluido e privo d'incoerenze, non constatava alterazioni della forma e/o del contenuto del pensiero, né allentamenti dei nessi associativi. La critica di malattia era conservata per quel che riguarda la pulsione al gioco d'azzardo ed in particolare della sua ridotta capacità a resistervi. Il tono dell'umore e la quota ansiosa era nei limiti. Nelle sue conclusioni finali, lo psichiatra ha affermato che l'assicurato rappresentava una persona piuttosto semplice che, accanto ad una naturale simpatia e capacità nell'entrare in sintonia con gli altri, mostrava una certa ingenuità nell'approccio alla vita che se da un lato può averlo aiutato a risolvere rapidamente problemi connessi all'agire concreto (facendolo passare da un lavoro all'altro in diverse nazioni senza incontrare soverchie difficoltà di adattamento), dall'altro a causa della sua avventatezza, lo ha esposto al pericolo di cadere in tentazione. Riteneva che su questa base si era venuta così a sedimentare la tendenza alla spirale compulsiva al gioco d'azzardo che pur non limitandolo nell'esercizio della sua professione, lo ha portato a perdere nel corso degli anni ingenti somme di denaro. Sul piano

valetudinario, dal lato strettamente psichiatrico, il consulente ha rilevato che il gioco d'azzardo patologico di cui l'interessato era affetto, non era una patologia tale da incidere specificatamente sulla sua capacità lavorativa quale manovale edile. Dal profilo terapeutico il perito ha sottolineato che, accanto al percorso psicoterapeutico da poco iniziato, andrebbe affiancata anche una richiesta per una curatela amministrativa. Ha infine precisato che le due misure, pur non incidendo direttamente sulla capacità lavorativa dell'assicurato, lo aiuterebbero ad arginare il problema del gioco d'azzardo patologico. Circa la patologia neurologica, il consulente interpellato, dr. med. _____, dopo la descrizione dei disturbi soggettivi dell'assicurato, ha esposto lo stato clinico neurologico in dettaglio ed ha evidenziato una netta asimmetria del riflesso rotuleo a sfavore della destra. Ha poi descritto l'esame elettrofisiologico effettuato ed ha affermato che sia dal punto di vista clinico che elettrofisiologico si evidenziava una lieve radicolopatia L4 a destra cronica non deficitaria. L'esperto ha precisato che questa sintomatologia descritta durante la marcia dopo 20 minuti era ben compatibile con una lieve claudicatio radicolare L4 a destra e ha fatto notare che per l'assicurato questo disturbo non era vissuto come il problema principale, ma piuttosto secondario, mentre maggiore sarebbe stata l'importanza dei dolori lombari. Sul piano valetudinario il consulente ha giudicato, dal lato strettamente neurologico, che non vi era stata e non vi era a quel momento alcuna incapacità lavorativa per qualsiasi attività professionale. A riguardo della prognosi, lo specialista ha ritenuto che il previsto approccio neurochirurgico decompressivo e stabilizzante in sede lombare avrebbe dovuto poter risolvere la lieve sintomatologia della claudicatio radicolare descritta. Infine, dal punto di vista reumatologico i periti si sono rifatti alle valutazioni del dr. med. _____ del 17 settembre 2010 ed hanno concluso che l'insorgente andava considerato capace al lavoro al 100% con rendimento del 100%, con le limitazioni ivi descritte in attività lavorative confacenti al suo stato di salute. Gli specialisti hanno poi evidenziato che la capacità lavorativa medico-teorica globale dell'assicurato nell'ultima attività lucrativa esercitata era valutabile nella misura del 30% (doc. 11-20 della Cassa malati), mentre in attività meglio adatte al suo stato di salute attuale, vale a dire rispettose delle limitazioni descritte nell'ambito della patologia reumatologica, la stessa era valutabile nella misura del 100% (doc. 11-20 della Cassa malati). Dal canto suo, l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica, quale un referto relativo alla elettroencefalografia e alla elettromiografia dell'8 marzo 2011 (doc. 39) del dott. _____ dell'istituto _____, da cui emerge: " esame ENG indicativo di sofferenza assonale del nervo SPE dx, nei limiti di norma i restanti distretti esaminati. Esame EMG indicativo di sfumata sofferenza muscolare neurogena cronica in territorio radicolare L4-L5-S1 bilat. Non segni di denervazione in atto ". Agli atti v'è pure un certificato del dottor _____ dell' _____ di _____ datato 24 maggio 2011 (doc. 39/2) - recte 24 luglio 2011 (doc. 50) -, in cui riferisce che " in data odierna " è stato dimesso l'assicurato ricoverato il 18 luglio 2011 con diagnosi di listesi L3-L4. Il referto riferisce che in data 19 luglio 2011 l'interessato è stato sottoposto ad un intervento neurochirurgico di riduzione e stabilizzazione della listesi mediante viti peduncolari L3 e L4 con barre laterali (impianto DePuy in titanio e viti poliassiali). Il decorso postoperatorio è stato regolare, il paziente si mobilizzava autonomamente senza particolari problemi e non riferiva algie significative. La TC lombare postoperatoria di controllo ha mostrato il corretto posizionamento dell'impianto ed il buon esito dell'intervento. Il chirurgo ha raccomandato l'utilizzo costante del busto lombare semirigido già in dotazione per altri tre mesi. Fino all'esito della prossima radiografia di controllo, programmata dopo 30 giorni, il neurochirurgo ha prescritto

all'assicurato di astenersi dal riprendere attività lavorative, per le quali sono state comunque sconsigliati i lavori pesanti. L'Ufficio AI, sentito il parere del medico SMR (doc. 42), ha raccolto ulteriore documentazione presso _____ che aveva versato delle indennità giornaliere (docc. 43-45). Il 26 settembre 2011 (doc. 47) il dr. med. _____ dell'SMR, valutata tutta la documentazione in suo possesso, ha concluso che da settembre 2010 c'era un'incapacità lavorativa del 70% nell'attività abituale dell'assicurato, ossia come manovale edile, mentre in attività adatte al suo stato di salute la sua capacità lavorativa era totale. Dal 18 luglio 2011 l'incapacità al lavoro era invece del 100% in tutte le attività a causa dell'intervento chirurgico eseguito alla colonna lombare. L'amministrazione ha chiesto all'assicurato di fornire nuova documentazione medica successiva all'intervento alla schiena (doc. 48). Così, il 28 luglio 2011 (doc. 50-2) il dottor _____, dell'Ospedale in cui l'interessato è stato operato, ha certificato che il controllo andava bene e che l'assicurato non aveva dolori. Un altro medico, il dr. _____ del medesimo nosocomio, in data 10 ottobre 2011 (doc. 50-3) ha certificato una prognosi di convalescenza ancora di un mese. Egli ha pure indicato che il paziente non presentava sintomatologia. Il mese successivo (doc. 50-5) è stato previsto che l'interessato potesse gradatamente rimuovere il busto fino a non più indossarlo entro dicembre 2011. Infatti, al controllo del 19 dicembre 2011 (doc. 50-6) è stato riscontrato un buon posizionamento dell'impianto come è emerso dalla radiografia (doc. 50-8), cosicché il paziente poteva tornare a lavorare " evitando però di effettuare sforzi fisici intensi. ". Nel rapporto finale dell'SMR del 15 febbraio 2012 (doc. 51), il dottor _____ ha posto la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica con anamnesticamente claudicatio radicolare (l4 dx) e spinale su turbe statiche, alterazioni degenerative plurisegmentali, stato dopo riduzione e stabilizzazione listesi con viti peduncolari L3 e L4 con barre laterali (impianti De Puy) il 19 luglio 2011. L'intervento ha dato un buon risultato ai controlli clinici e radiologici che sono susseguiti. Il medico ha stabilito al 100% l'inabilità lavorativa abituale di manovale dal 31 gennaio 2010 al 6 aprile 2010, al 50% dal 7 aprile al 23 giugno 2010 e nuovamente al 100% dal 24 giugno 2010 in poi. In attività adeguate, il grado di incapacità lavorativa era il medesimo che nell'attività abituale fino al 17 settembre 2010, come ritenuto dalla perizia SAM. Dal 18 settembre 2010 al 18 luglio 2011, ossia fino a quando l'assicurato è stato operato, risultava invece un'incapacità lavorativa nulla. Dal giorno dell'intervento fino al 31 dicembre 2011, quindi per un periodo di convalescenza prolungato, l'inabilità lavorativa era del 100%. A decorrere dal 1° gennaio 2012, visti i referti dei medici curanti (neurochirurghi), il medico SMR ha ritenuto l'assicurato totalmente abile al lavoro. Per le limitazioni funzionali, il dr. med. _____ ha fatto riferimento a quelli descritti nella perizia reumatologica affidata al dr. med. _____ 5. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 TF 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V

376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6; sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), 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, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella recente STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, 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). 6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica reumatologica è stata chiarita in modo soddisfacente. Al riguardo, non va infatti dimenticata la perizia pluridisciplinare esperita dal Servizio Accertamento Medico su mandato dell'assicuratore malattia per perdita di guadagno a cui era affiliato il ricorrente. Nella citata STCA 36.2011.15, questo Tribunale ha già concluso che il referto peritale dell'11 gennaio 2011 (doc. 11 dell'incarto Cassa malati), come del resto la valutazione del 17 settembre 2010 (doc. 8 Cassa malati) del dr. med. _____, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede. Al considerando 8 il Tribunale ha inoltre affermato quanto segue: " I periti, sulla base di 2 consulti specialistici esterni (psichiatrico e neurologico) e del referto medico fiduciario della Cassa, sono giunti alla convincente

conclusione che il ricorrente è abile al lavoro al 30% nella sua precedente attività e completamente abile al lavoro in un'attività leggera che tenga conto delle limitazioni descritte nel referto reumatologico del dr. med. _____. Gli specialisti, dopo aver descritto nei minimi particolari l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale e patologica del ricorrente, le affezioni attuali e le costatazioni obiettive, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome lombo vertebrale cronica con radicolopatia cronica L4 ds. di lieve entità, non deficitaria, con sintomatologia di claudicatio radicolare di lieve entità, turbe statiche modiche del rachide (tendenzialmente piatto con accentuata lordosi lombosa-crale), alterazioni degenerative plurisegmentali, specialmente in L4-L5 con osteocondrosi e protrusione discale con restringimento foraminale bilaterale complicato da anterolistesi di L4 su L5 di primo grado, iniziale osteocondrosi con protrusione a livello L5-S1 e le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di gioco d'azzardo patologico (F63.0), ipertensione arteriosa diastolica non trattata, obesità corporea (BMI 33,2, circonferenza addominale 109 cm), stato dopo spondilodesi anteriore dopo trauma distorsivo nel 2003, malattia convulsiva generalizzata nell'infanzia-adolescenza, attualmente in remissione. I periti, i 2 consulenti ed il dr. med. _____ si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione, richiamando alcuni atti medici (perizia pag. 3, doc. 17) ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'interessato sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate i giorni 15 settembre 2010 (dr. med. _____, doc. 6) e 1° e 15 dicembre 2010 (perizia SAM, doc. 17). Del resto l'insorgente non ha prodotto documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni peritali. In particolare, il certificato del 3 marzo 2011 del medico curante, dr. med. _____, medico chirurgo, che attesta la necessità di astensione al lavoro per lombalgia in discopatia e sindrome ansioso depressiva (doc. B4), è simile a quelli già prodotti in precedenza e si esaurisce nella descrizione di una diagnosi già presa in considerazione dai periti, senza del resto precisare la capacità lavorativa del ricorrente in attività leggere e senza prendere posizione dettagliatamente sul referto del SAM e del dr. med. _____. Il curante (cfr., per quanto concerne il valore probatorio delle valutazioni dei medici curanti, consid. 7: 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; cfr. DTF 125 V 353), non ha spiegato per quale motivo le valutazioni degli specialisti non sarebbero corrette. Va a questo proposito evidenziato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Non va poi dimenticato che con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l'assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). La circostanza che anche il medico curante è uno specialista va relativizzata nel senso 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. sentenza 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, cfr. anche sentenze 9C_607/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3, 9C_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, e I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2). Per motivi analoghi anche i certificati dei dr. med. _____ (doc. B1), _____ (doc. B2), _____ (doc. B3), non possono sovvertire le conclusioni dell'assicuratore. I citati medici non si esprimono circa la capacità lavorativa del ricorrente e descrivono una situazione già conosciuta dai periti del SAM. In particolare sia il dr. med. _____ (doc. 6) che il dr. med. _____ (doc. 17), hanno evidenziato che già nella MRI dell'aprile 2010 figura la presenza di alterazioni degenerative rilevanti L4-L5 con una riduzione dello spazio intersomatico, ampia protrusione discale con netta riduzione dei forami di coniugazioni associati a spondilolistesi di I° grado L4 su L5 (cfr. pag. 1 consulto dr. med. _____). I periti del SAM hanno diagnosticato, tra l'altro, alterazioni degenerative plurisegmentali, specialmente in L4-L5 con osteocondrosi e protrusione discale con restringimento foraminale bilaterale complicato da anterolistesi di L4 su L5 di primo grado, iniziale osteocondrosi con protrusione a livello L5-S1. Queste valutazioni sono analoghe a quelle dei dr. med. _____ che hanno rilevato: “ L4-L5: in antero-listesi di L4 su L5, marcata riduzione dello spessore del disco intervertebrale (in parziale degenerazione gassosa) e sua ampia protrusione concentrica, che determina impronta del sacco durale e stenosi foraminale bilaterale; L5-S1: riduzione dello spessore del disco intersomatico e sua protrusione diffusa, nel cui ambito è apprezzabile piccola ernia discale posteriore mediana, che impronta il sacco durale. ” (doc. B3). Anche le valutazioni del dr. med. _____ (cfr. doc. B2: “ esame ENG indicativo di sofferenza assonale del nervo SPE dx, nei limiti di norma i restanti distretti esaminati. Esame EMG indicativo di sfumata sofferenza muscolare neurogena cronica in territorio radicolare L4-L5-S1 bilat. Non segni di denervazione in atto .”, sono in gran parte sovrapponibili a quelle del dr. med. _____: “ sia da un punto di vista clinico che elettrofisiologico si presenta una lieve radicolopatia L4 destra cronica non deficitaria che si esprime allo stato neurologico con una netta asimmetria del riflesso rotuleo destra < sinistra e chiari segni di una sofferenza neurogena cronica nei muscoli vasto laterale e tibiale anteriore di destra. La sintomatologia descritta dal paziente durante il cammino dopo 20 minuti è ben compatibile con una lieve claudicatio radicolare L4 destra con sintomatologia più che altro fastidiosa e caratterizzata da parestesie ma non dolori .” (pag. 3 del consulto del dr. med. _____). Va del resto evidenziato che gli esami dei dr. med. _____, _____ e _____ sono stati effettuati nel corso del mese di marzo 2011 e che secondo costante giurisprudenza del TF, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto il 27 gennaio 2011), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Per cui, eventuali peggioramenti dello stato di salute successivi all'emanazione della decisione impugnata non possono comunque essere presi in considerazione nelle presente procedura. Ciò vale anche per il prospettato intervento di stabilizzazione, che come rilevato dal dr. med. _____, se fosse effettuato, comporterebbe una rivalutazione della capacità residuale 6 mesi dopo l'operazione (doc. 6, pag. 6) e per l'esame di elettromiografia ad ago prevista per il mese di aprile 2011 e che peraltro l'insorgente, chiamato dall'UAI a produrne i risultati, non ha

trasmesso (doc. AI 53 e seguenti) neppure al TCA. Infine, per quanto concerne l'annotazione del dr. med. _____ in calce al certificato del 2 febbraio 2011, secondo cui l'interessato, in quel momento era in terapia anche con Seroquel 2 volte al giorno per crisi di panico (doc. 19), va evidenziato come si tratti del medesimo medicamento figurante a pag. 2 dell'attestato del 28 ottobre 2010 dell'_____. con posologia simile assunto per "intensa angoscia" (doc. 10), già preso in considerazione dai periti (cfr. doc. 17, pag. 4:" terapia: Seroquel 100 mg al mattino, 200 mg la sera. (...) Il dosaggio del farmaco Seroquel è poi stato ridotto a 25 mg la sera "). Alla luce di quanto sopra esposto, a giusta ragione l'assicuratore ha stabilito che l'insorgente è capace al lavoro al 30% nella sua precedente attività ed al 100% in attività leggere e confacenti al suo stato di salute.". 7. A differenza di quanto esposto nella precedente sentenza, dove il giudice si è posizionato al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata dall'assicurato (27 gennaio 2011), nel caso in esame l'oggetto del contendere porta sia sul " periodo per il quale l'intimata presume il riacquisto di una capacità lavorativa completa in lavori confacenti ", giacché " egli non era effettivamente mai in grado di svolgere un'attività per gli impedimenti funzionali di cui era affetto. ", sia sul periodo in essere " anche dopo il 31 dicembre 2011 ", laddove " persiste un danno alla salute con impedimento funzionale che limita fortemente la capacità lavorativa anche in attività ritenute consoni. A sostegno di questa sua affermazione rinvia agli atti e si riserva di produrre ulteriore documentazione medico-specialistica. " (doc. I punto 3). Per quanto concerne il periodo precedente l'operazione chirurgica, il ricorrente ha contestato che dalla metà di settembre 2010 fino al ricovero ospedaliero del luglio 2011 " vi sarebbe stata una capacità lavorativa completa in lavori leggeri confacenti. " (doc. I punto 2), mentre, secondo i periti, l'assicurato era in grado di svolgere in maniera completa altri lavori adeguati al suo stato di salute tenuto conto di determinati limiti funzionali. Per suffragare la sua posizione, l'insorgente ha affermato che avrebbe prodotto ulteriore documentazione medico-specialista. Tuttavia, né con il ricorso stesso né tanto meno pendente causa, il ricorrente ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. V). La stessa amministrazione ha rilevato che la contestazione della valutazione operata è generica, che l'assicurato non ha prodotto elementi oggettivi di natura medica a sostegno della sua tesi. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest' obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Non va infatti dimenticato che questa richiesta non è suffragata da sufficienti indizi medici oggettivi che suggeriscono di indagare l' esistenza di patologie reumatologiche che impediscano all' assicurato di svolgere delle attività lucrative consone al suo stato di salute. Una semplice indicazione di un'impossibilità di esercitare delle attività lucrative non è dunque sufficiente per essere ammessa come tale, tenuto conto che le dettagliate osservazioni dei medici intervenuti su mandato dell'assicuratore per perdita di guadagno non sono state messe in discussione da uno specialista. Quanto ai certificati dei dottori

_____, _____, _____, _____ e _____ rilasciati per lo più nel corso del mese di marzo 2011 e citati nella STCA 36.2011.15 al considerando 8, in primo luogo va osservato che essi non sono stati prodotti agli atti nell'ambito della presente vertenza, seppure si tratti di medici curanti dell'assicurato. Oltre a ciò, questo Tribunale si è già pronunciato sulla loro validità nel precedente giudizio, affermando che questi certificati non potevano sovvertire le conclusioni dell'assicuratore malattia, dato che questi medici curanti non si sono espressi circa la capacità lavorativa del ricorrente e descrivevano una situazione già conosciuta e debitamente valutata dai periti del SAM. Infatti, il TCA ha già giudicato che le valutazioni date dai colleghi _____ erano analoghe e quindi sovrapponibili a quelle fornite dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico. Pertanto, i più recenti rapporti dei medici curanti non apportano nulla di nuovo sullo stato di salute dell'interessato e non gli sono quindi di alcun aiuto in specie. Stante quanto precede, non vi sono dunque motivi per scostarsi dalle conclusioni a cui è già giunto questo stesso TCA per quanto riguarda lo stato di salute dell'assicurato antecedente l'operazione del luglio 2011. Va pertanto ritenuto che da metà settembre 2010 fino al momento dell'intervento alla colonna lombare l'interessato fosse pienamente abile in attività lucrative adeguate al suo stato di salute, fermo restando i limiti funzionali stabiliti dall'esperto reumatologo. In merito allo stato di salute del ricorrente posteriormente al 31 dicembre 2011, quest'ultimo ha evidenziato che persiste un danno alla salute con impedimento funzionale che limita fortemente la capacità lavorativa anche in attività ritenute consoni. L'Ufficio AI, rifacendosi ai certificati dei medici curanti redatti nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2011, ha invece ritenuto che l'assicurato fosse nuovamente capace al lavoro nella misura del 100% in attività adeguate al suo stato di salute. In proposito va rilevato che il ricorrente è stato operato alla schiena il 19 luglio 2011. Dai controlli clinici e radiologici eseguiti nel mese di ottobre, novembre e dicembre 2011, è emerso che il risultato era buono, tanto che l'assicurato non aveva dolori e poteva gradatamente togliere il busto fino ad arrivare a dicembre 2011 a non doverlo più utilizzare. Infatti, durante la visita di controllo a distanza del 19 dicembre 2011, dopo avere letto le radiografie eseguite una settimana prima, il medico curante ha concluso che il paziente poteva tornare a lavorare, evitando però di effettuare sforzi fisici intensi. Ulteriori e posteriori certificati medici non ve ne sono. Pertanto, per i motivi già esposti per il periodo precedente, in assenza di documenti medici che attestino che lo stato di salute del ricorrente mostri, come egli stesso sostiene, un danno alla salute che gli impedisce fortemente di svolgere delle attività lucrative anche ritenute consoni alle sue condizioni, non è dunque possibile dare seguito alla lamentela dell'assicurato. Peraltro, senza nemmeno un elemento che oggettivi il suo stato di salute, non è possibile, per il Tribunale, dare luogo a nuovi accertamenti quali per esempio perizie o complementi peritali. Come detto, il principio inquisitorio è infatti accompagnato dall'obbligo delle parti di collaborare e, nel caso concreto, l'insorgente non ha per nulla ottemperato a questo suo dovere, limitandosi a generiche affermazioni di un ipotetico, siccome non comprovato, peggioramento del suo stato di salute. In tali circostanze, le lagnanze dell'assicurato devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. 8. Accertata quindi - e qui confermata - una capacità lavorativa del 100% in attività leggere nel periodo antecedente l'operazione chirurgica alla schiena, al considerando 11 della sentenza dell'11 luglio 2011 il TCA ha esaminato dal profilo economico le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente e quindi se il raffronto dei redditi sia stato effettuato correttamente. Dopo avere esposto la giurisprudenza applicabile al calcolo del grado di incapacità di guadagno, e dunque dell'invalidità, il Tribunale ha ritenuto che

l'assicurato, senza invalidità, quale manovale, avrebbe guadagnato Fr. 64'505,45 nel 2011. Attenendosi alla riduzione, seppure generosa, del 15% operata da _____ a causa dell'età, degli anni di servizio e dello stato di salute del ricorrente, il TCA ha ridotto il reddito da invalido individuato in Fr. 62'716.- (tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica aggiornata all'anno 2011 tenuto conto dei rincari annui) del 15%, per raggiungere l'importo di Fr. 53'309.- e l'ha raffrontato con il reddito da valido di Fr. 64'505,45, per ottenere un grado di invalidità del 17%, che non dà diritto ad alcuna prestazione. L'Ufficio AI, invece, ha ritenuto che senza il danno alla salute, nell'abituale professione di manovale edile l'assicurato avrebbe potuto conseguire nel 2010 un salario di Fr. 63'480.-. Stante la capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, malgrado il danno alla salute l'interessato avrebbe potuto conseguire un salario (da invalido) di Fr. 50'638.-, tenuto conto della riduzione dell'8% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere e del 10% per altri fattori di riduzione. Di conseguenza, il raffronto dei redditi ha permesso di stabilire una perdita di guadagno e quindi un grado di invalidità del 20%. L'UAI ha dunque concluso che dopo l'anno di attesa dal momento in cui l'assicurato aveva una invalidità superiore al 40%, dal 1° luglio 2011 egli aveva diritto ad una rendita intera AI. Sulla base dell'art. 88a cpv. 1 OAI, tale diritto è perdurato fino al 31 marzo 2012, ovvero fino a tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento. In virtù di quanto precede, sia che il TCA si attenga al suo precedente giudizio in ambito di indennità per perdita di guadagno in caso di malattia, sia che si faccia affidamento ai calcoli eseguiti dall'amministrazione, ad ogni buon conto risulta sempre un grado di invalidità inferiore al 40% (20% per UAI, 17% per TCA). Ne discende, dunque, che per il periodo antecedente l'operazione chirurgica per il quale il ricorrente ha qui postulato il riconoscimento di una rendita intera di invalidità lamentando che egli non fosse abile totalmente in altre attività adeguate, va qui confermata la soluzione adottata dal TCA e dall'Ufficio AI non solo dal profilo medico, ma anche dal punto di vista economico. Pertanto, stante la sua piena capacità lavorativa in attività adeguate al suo stato di salute per il periodo dal settembre 2010 al giugno 2011, il grado di invalidità determinato nel 20% nel 2010 e nel 17% per l'anno 2011, non permette in ogni caso di attribuire all'assicurato una rendita di invalidità, essendo inferiore al grado pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). Di conseguenza, non è possibile fare decorrere dal 1° febbraio 2011, come preteso dall'assicurato, il diritto alla rendita intera AI, dato che dopo l'anno di attesa valido dal 31 gennaio 2010 al 31 gennaio 2011, in cui il grado di incapacità al lavoro era superiore al 40% (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), l'insorgente era, come detto, abile al 100% in attività adeguate. A giusta ragione, l'amministrazione ha quindi atteso il 1° luglio 2011 per fare decorrere il suo diritto alla rendita d'invalidità, ovvero da quando il suo grado di inabilità lavorativa era del 100% a causa dell'intervento chirurgico alla colonna lombare. Quanto al periodo susseguente il 31 marzo 2012, in assenza, come visto, di indizi concreti che accertino un peggioramento del suo stato di salute, va ritenuto che, dal dicembre 2011, l'assicurato ha potuto normalmente riprendere un'attività lucrativa che non comportasse particolari sforzi fisici. In tal caso, egli continuava ad essere totalmente abile al lavoro conformemente alle sue condizioni di salute. Non v'è dunque alcun motivo, per contro, per considerarlo inabile al lavoro al 50% e attribuirgli una rendita di invalidità di pari grado come preteso dall'assicurato. La decisione dell'Ufficio AI di versargli ancora la rendita d'invalidità fino al 31 marzo 2012, ossia fino a tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento dello stato di salute giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI, è pertanto corretta. Quanto all'esito dell'infortunio non professionale subito il 20 giugno 2012 (docc. 67-2 e 67-3), peraltro nemmeno evocato dall'interessato nel suo atto ricorsuale, lo stesso

dovrà, se del caso, essere valutato nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni e quindi non può essere oggetto del presente ricorso. In effetti, come ha ben esposto l'UAI, il termine di tre mesi di cui all'art. 88a cpv. 2 OAI non era ancora scaduto quando questo Ufficio ha emanato la decisione impugnata (5 settembre 2012), perciò né l'amministrazione né tanto meno questo Tribunale si possono esprimere su eventuale peggioramento dello stato di salute dell'insorgente. 9. Stanti così le cose, è a giusta ragione che l'Ufficio assicurazione invalidità ha rifiutato di riconoscere al ricorrente la decorrenza della rendita di invalidità già dal febbraio 2011 (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) rispettivamente anche successivamente al 31 marzo 2012 (art. 88a cpv. 1 OAI). Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione impugnata confermata. 10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Le spese di Fr. 500.- sono poste a carico del ricorrente. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato II
segretario Ivano Ranzanici Fabio Zocchetti