

## **TI\_GERICHTE 32.2012.317 vom 16. November 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-11-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.317)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.317 du 16 novembre 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.317 del 16 novembre 2012

### **Regeste**

Confermati la soppressione con effetto retroattivo del diritto alla rendita in via di riconsiderazione e il rifiuto della nuova domanda di prestazioni. Diritto di essere sentito

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

del 6 dicembre 2011, pag. 5691), dall'altra parte la nuova giurisprudenza di cui alla DTF 137 V 210 era già stata pubblicata ed era pertanto nota. Dagli atti risulta che, dopo che l'Ufficio AI il 23 febbraio 2012 ha comunicato all'avv. RA 1 la necessità di un accertamento medico presso un servizio ad esso preposto (cfr. doc. AI 87/1-2), il SAM, con scritto del 1. marzo 2012 trasmesso in copia all'avv. RA 1, ha comunicato all'assicurato i nomi del medico perito e dei consulenti (cfr. doc. AI 90/1-2). Un tale modo di agire sembrerebbe non essere rispettoso della succitata giurisprudenza federale e nemmeno ossequierebbe a quanto stabilito al riguardo nella Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI) (cfr. la versione tedesca e francese della medesima circolare stato al 21 agosto 2012 e al 1. febbraio 2013; KSVI punto "2.6 Medizinische Begutachtung" note marginali dal 2074 al 2089 pagg. 41-49 e 41-48 e CPAI punto "2.6 Expertise medicale" note marginali dal 2074 al 2089 pagg. 41-49 e 40-48). La stessa amministrazione, del resto, nella risposta di causa, ha evidenziato che "(...) per correttezza d'esposto, lo scrivente Ufficio AI rileva di aver effettivamente convocato l'assicurato in modo difforme rispetto a quanto descritto nelle note marginali 2080 e seguenti della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI). (...) (VIII). Si pone quindi la questione a sapere se la censurata violazione del diritto di essere sentito (ravvisabile nel mancato ossequio dei diritti di partecipazione davanti all'amministrazione) possa o meno essere sanata davanti a questo Tribunale. Per i motivi che seguono, ritenute le particolarità del caso concreto, questo TCA ritiene che l'asserita violazione del diritto di essere sentito non sia di una gravità tale da non poter essere sanata in questa sede. Ricordato che la comunicazione 23 febbraio 2012 circa la necessità di un accertamento medico è stata inviata all'avv. RA 1 (cfr. doc. AI 87/1-2) e evidenziato come la stessa contenesse l'indicazione stante la quale "(...) motivi di ricusazione nei confronti del perito designato, devono essere inoltrati all'Ufficio Assicurazione invalidità del Cantone Ticino, Via dei Gaggini 3, 6500 Bellinzona per iscritto entro un termine di 10 giorni. Osservazioni tardive non potranno essere prese in considerazione. (...) (doc. AI 87/2), vi è innanzitutto da ritenere che già a questo momento il rappresentante dell'assicurato sapeva che il suo assistito sarebbe stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare a cura del SAM e che i periti designati avrebbero potuto essere ricusati. Visto poi che la lettera 1. marzo 2012 (doc. AI 90/1-2) – con la quale il SAM lo convocava per il giorno di lunedì 26 marzo 2012 alle ore 08.30 comunicandogli il nome del perito e quello dei consulenti per le

specialità di psichiatria, reumatologia, cardiologia, pneumologia, neurologia e gastroenterologia – è stata trasmessa, incontestatamente, in copia anche all'avv. RA 1, questo Tribunale ritiene che già a quell'epoca l'assicurato, patrocinato da un avvocato, avrebbe potuto e dovuto attivarsi al fine di sapere quali quesiti fossero stati sottoposti al SAM e/o fare valere il diritto di porne degli ulteriori propri. Parimenti l'assicurato avrebbe già potuto e/o dovuto fare valere eventuali motivi di ricasazione dei periti designati. Anche una volta visto il progetto di decisione 27 settembre 2012 (doc. A/6) e dopo avere ricevuto l'incarto completo dall'Ufficio AI (doc. A/7 e A/10), l'assicurato non ha fatto chiaramente valere una lesione del diritto di essere sentito invocando il mancato rispetto dei suoi diritti di partecipazione. Nel verbale 5 novembre 2012 ( sottoscritto dai funzionari \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ per la Cassa \_\_\_\_\_ AVS/AI/IPG [di seguito la Cassa] e dall'avv. RA 1 per l'insorgente ), al riguardo si legge infatti solo che "(...) dal profilo medico segnala che la perizia SAM, ricevuta con l'incarto dell'UAI, è stata consegnata al medico di fiducia per una sua presa di posizione; quest'ultimo non l'aveva ancora ricevuta. Ad oggi non vi sono però ancora riscontri (...)" (doc. 104 e 105 dell'incarto della Cassa; per un caso diverso in cui – evidenziato che già in sede di osservazioni al progetto di decisione aveva fatto valere dei motivi di ricusa e ripetutamente aveva contestato la violazione del diritto di essere sentito – il TF ha invece ritenuto non sanabili le violazioni del diritto di essere sentito cfr. la STF 9C\_228/2011 del 10 agosto 2011). Viste le circostanze sopra descritte, questo Tribunale ritiene contrario alla buona fede processuale l'aver sollevato, solo in sede ricorsuale, l'asserita violazione del diritto di essere sentito in relazione alla DTF 137 V 210. Come emerge dal considerando 4.1 della sentenza 2D\_71/2008 del 9 marzo 2009, "(...) secondo il principio della buona fede processuale , le parti sono tenute a segnalare determinate lacune della procedura non appena ne hanno conoscenza. Non è in effetti ammissibile speculare su un eventuale esito favorevole e sollevare soltanto in sede di ricorso vizi procedurali a cui, se fatti valere appena noti, si sarebbe potuto ovviare in precedenza (DTF 120 Ia 19 consid. 2c/aa). Questa regola si applica anche in riferimento all'art. 6 n. 1 CEDU. Di conseguenza, perlomeno nei casi in cui l'applicabilità della norma è sancita da consolidata giurisprudenza, la sua pretesa violazione dev'essere di principio addotta già nell'ambito del procedimento cantonale. In caso contrario si considera che l'interessato abbia rinunciato a prevalersene (DTF 131 I 467 consid. 2.2; 123 I 87 consid. 2b; 120 Ia 19 consid. 2c/bb). [...] Questo obbligo di segnalazione immediata appare compatibile con la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (DTF 120 Ia 19 consid. 2c/bb). In effetti secondo quest'ultima la rinuncia alle garanzie offerte dall'art. 6 n. 1 CEDU deve certo risultare inequivocabile e non in contrasto con un interesse pubblico importante, ma può comunque venir dedotta anche dal fatto che il ricorrente non rivendica i diritti previsti dall'art. 6 CEDU in una situazione in cui ci si sarebbe potuti attendere una simile rivendicazione (sentenza Schlumpf c. Svizzera dell'8 gennaio 2009, n. 63; sentenza Schuler-Zgraggen c. Svizzera del 24 giugno 1993, serie A vol. 263, n. 58; cfr. anche DTF 120 Ia 19 consid. 2c/bb). (...)". Nemmeno è possibile concludere diversamente avuto riguardo alla censura secondo cui "(...) una violazione grave dei disposti succitati si giustifica a maggiore ragione qual'ora [ndr. recte: qualora] si volesse ritenere che con lo scritto del 26 giugno 2012 l'Ufficio AI ha addirittura pregiudicato la necessaria indipendenza del SAM (cfr. a tal proposito DTF 8C\_668/2007 [...]) (...)" (I, pag. 8-9). Al riguardo questo Tribunale si limita ad osservare che – a prescindere dalla fondatezza della suddetta censura – con lo scritto del 26 giugno 2012 indirizzato al SAM il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha solo chiesto ai periti di esprimere una valutazione sul decorso della capacità

lavorativa dal 2001 in avanti precisando che “(...) l’assicurato avrebbe dovuto percepire una rendita con un grado dell’80% dal 01.07.2000 al 30.04.2001. Per un errore di comunicazione l’assicurato ha continuato a percepire la rendita che ora viene chiesta indietro dalla cassa di compensazione. Per questo motivo sarebbe opportuno, se possibile, avere un giudizio sull’evoluzione della CL da quel periodo ad ora. (...)” (doc. AI 94/1). Ora, i consulti degli specialisti interpellati dal SAM (doc. AI 102/42-51, 102/54-57, 102/59-63, 102/65-68, 102/70-73 e 102/76-80) sono tutti precedenti alla domanda formulata dal dr. \_\_\_\_\_ il 26 giugno 2012 e vi è pertanto da ritenere che i periti, in ogni caso, non possono essere stati influenzati dalla stessa. Inoltre, a differenza di quanto sostenuto dall’insorgente secondo cui il fatto di sapere che “(...) nei confronti dell’assicurato l’amministrazione pretendeva la restituzione di prestazioni indebitamente percepite da dieci anni a parer di chi scrive è un’informazione irrilevante e suscettibile di influenzare il giudizio dei periti (cfr. DTF del 3 ottobre 2008, inc n 8C\_668/2007). (...)” (XII, pag. 5) – come rettamente osservato dall’amministrazione –, “(...) la nota 2076 della CPAI sancisce che “Une expertise médicale doit fournir les données médicales nécessaires à l’appréciation du droit aux prestations, en particulier les atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail dans les activités professionnelles exercées jusque-là ou dans d’autres activités professionnelles appropriées. Elle doit également renseigner, sur les possibilités de réadapter la personne assurée et sur la question de savoir si, du point de vue médical, la mise oeuvre d’une réadaptation est raisonnablement exigible. Il est nécessaire pour cela que l’office AI mette sans délai à la disposition de la ou des personnes chargées de l’expertise l’ensemble du dossier (et pas uniquement les documents de nature médicale), classé par ordre chronologique (sottolineatura del redattore).” (...)” (XIV). Quanto alla censura secondo la quale “(...) non da ultimo, con la propria risposta di causa l’Ufficio AI ha prodotto dell’ulteriore documentazione medica reperita presso il SAM (cfr. doc. TCA VIII/1-5). Ancora una volta, lo stesso Ufficio AI non ha però prodotto lo scritto con cui il SMR ha sollecitato il SAM. Conformemente alla giurisprudenza appena rammentata (cfr. DTF del 3 ottobre 2008, inc n 8C\_668/2007), contrariamente a quanto sostiene l’Ufficio AI nella sua risposta in concreto anche per questo motivo è pertanto lecito chiedere che la decisione contestata sia annullata (...)” (XII, pag. 4), va osservato quanto segue. Il 21 novembre 2012 la Cassa ha trasmesso all’Ufficio AI lo scritto del 14 novembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_ indirizzato all’avv. RA 1 (doc. AI 118/1, 118/2 e 118/3-5). Lo scritto del dr. \_\_\_\_\_, unitamente alla documentazione medica prodotta dall’avv. RA 1 con lo scritto del 3 gennaio 2013 (IV e allegati doc. B/1-4) e al rapporto d’uscita 27 dicembre 2012 dell’Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, sono quindi stati sottoposti al SAM per una presa di posizione (cfr. VI/1, VI/2 e VI/3 trasmessi in copia all’avv. RA 1). Con la risposta di causa l’Ufficio AI ha quindi prodotto l’annotazione 7 febbraio 2013 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ e la presa di posizione del SAM del 5 febbraio 2013, unitamente ai rapporti dei consulenti in reumatologia e neurologia del 23 e 28 gennaio 2013 con la relativa documentazione specialistica allegata (cfr. VIII/1-5). Detta documentazione è poi stata intimata dal TCA all’avv. RA 1 per formulate osservazioni scritte (IX). Un tale procedere non è certo lesivo dei diritti dell’assicurato. Quanto, infine, all’osservazione secondo cui “(...) nell’incarto trasmesso all’assicurato non vi è infatti alcuna traccia della corrispondenza intercorsa tra SMR e SAM. A ben vedere, di questa corrispondenza nemmeno vi è traccia nell’incarto trasmesso al TCA. (...)” (XII, pag. 4), questo Tribunale non può che fare proprie le osservazioni 29 aprile 2013 nelle quali l’Ufficio AI ha evidenziato che “(...) – contrariamente a quanto sollevato dal ricorrente – tutta la

corrispondenza intercorsa tra il SMR e il SAM è presente all'incarto prodotto dinnanzi a codesto Tribunale. (...)” (XIV). Visto tutto quanto procede – ribadito come contrario alla buona fede processuale l’aver sollevato solo in sede ricorsuale l’asserita violazione del diritto di essere sentito in relazione alla DTF 137 V 210 e ritenuto che le risultanze della perizia pluridisciplinare del 31 luglio 2012 del SAM hanno potuto essere contestate davanti ad un’autorità che gode di pieno potere decisionale – questo Tribunale deve dunque concludere che, se mai vi è stata, l’asserita violazione del diritto di essere sentito è stata sanata in questa sede. Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se la decisione del 16 novembre 2012, con la quale l’Ufficio AI ha riconsiderato quella del 13 marzo 2003 negando il diritto ad una rendita dal 1. maggio 2003 e respinto la nuova domanda di prestazioni dell’ottobre 2011 (cfr. consid. 1.3), vada o meno confermata. L’insorgente postula l’annullamento della decisione impugnata. 2.3. Riconsiderazione della decisione del 13 marzo 2003 2.3.1. L’art. 53 LPGa prevede che: " 1 Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l’assicurato o l’assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. 2 L’assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. 3 L’assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all’invio del suo preavviso all’autorità di ricorso. " I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGa, sono stati concretizzati all’art. 53 LPGa ( DTF 133 V 50, consid. 4.1, pag. 52; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004, consid. 5.3 in fine; STFA U 149/03 del 22 marzo 2004, consid. 1.2.; STFA I 133/04 dell’8 febbraio 2005, consid. 1.2). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l’amministrazione può in ogni tempo riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un’importanza rilevante (STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti confermata nella STF I 832/05 del 25 aprile 2007). Questi principi si applicano anche quando delle prestazioni sono state accordate senza una decisione formale e che il loro versamento ha comunque acquisito forza di cosa giudicata (STF C 128/06 del 10 maggio 2007, DTF 129 V 110 consid. 1.1). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un’errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un’errata constatazione derivante dall’apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C\_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l’irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un’inesattezza manifesta se l’assegnazione della prestazione dipende dall’adempimento di condizioni materiali il cui

esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date ( STF 9C\_961/2011 del 1. giugno 2012 consid. 3.2 con riferimenti , vedi inoltre STF 9C\_457/2008 del 3 febbraio 2009, consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C\_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1).

2.3.2. Aspetti medici Dagli atti risulta che l'assicurato, nella domanda di prestazioni del 12 dicembre 2000 (doc. AI 2/1-7), ha addotto quale danno alla salute "allergia a materiali usati sul lavoro; dolori a livello delle spalle con diminuzione marcata della sensibilità nelle mani e diminuzione della forza nelle braccia; cervicalgia / forti dolori al collo con conseguente difficoltà a reggere la testa (...)" (doc. AI 2/5). Dall'incarto della cassa malati emerge quanto segue. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, nel rapporto 21 ottobre 1999 indirizzato alla dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. 4/101-102 dell'incarto cassa malati), ha espresso la seguente valutazione: "(...) i disturbi sensitivi alle due mani sono probabilmente legati ad un'iniziale sindrome del canale carpale (disturbi sensitivi alle dita I – IV molto evocatori, segno di Tinel e manovra di Phalen positive ddp). L'esame neurografico mostra solo leggeri segni di compressione del n. mediano ds e sin al polso, reperto che contrasta un po' con l'importanza dei disturbi soggettivi, anche se non vi è sempre una relazione tra le due cose. Si associano dolori di origine spondilogeni, senza segni clinici di compressione radicolare. Il senso della rigidità e le intermittenti parestesie agli arti inferiori sono probabilmente di origine pseudo-radicolare, anche a questo livello non trovo segni mielo- o polineuropatici né di compressione radicolare. La sintomatologia è favorita da un certo sovrappeso e dal lavoro pesante con probabili manifestazioni muscolo-tensive e tendinistiche specie agli arti superiori. Per la diagnosi di STC ho consigliato di osservare ancora attentamente la distribuzione dei disturbi sensitivi. Una chirurgia non è urgente visti anche gli impegni professionali, si può tentare in un primo tempo un'infiltrazione cortisonica al canale carpale, anche una riduzione ponderale potrebbe essere d'aiuto. Data la situazione piuttosto complessa prima di un'operazione richiederei comunque una RM cervicale per escludere un'iniziale mielopatia cervicartrosica o segni di compressione radicolare non evidenziabili all'esame clinico. Per il resto si tratta di una sindrome panvertebrale da curare nella misura del possibile in modo conservativo, non sono sicuro che il P. potrà assumere a lungo termine l'attuale lavoro. Da discutere ev. una valutazione reumatologica. (...)" (doc. 4/102 dell'incarto cassa malati). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in dermatologia e venereologia, nella perizia 16 gennaio 2001 all'intenzione della Cassa malati (doc. 4/27-34 dell'incarto cassa malati), ha concluso che "(...) gli accertamenti non hanno permesso di mettere in evidenza una allergia del tipo professionale a prodotti ai quali il paziente è esposto durante il suo lavoro. Un peggioramento con l'esposizione alla polvere, in particolare durante il lavoro, è possibile però da stimare al di sotto del 50%. Le ovatte (rossa e bianca) non vengono più usate e non hanno potuto più essere testate, i sintomi avversi sono però rimasti uguali. La sintomatologia con probabilità è da considerare come effetto secondario del medicamento Diovan che è da sospendere e da sostituire con un altro medicamento anti-ipertensivo. Ho sospeso il medicamento il 16.12.2000 e ho introdotto Adalat CR 30 (1 past. al mattino). La TA verrà controllata dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dosaggio del medicamento possibilmente aumentato (raddoppiato). Al controllo del 10.01.2001 ho potuto constatare un miglioramento quasi completo dell'irritazione del viso (vedi lettera allegata alla Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 11.01.01). (...)" (doc. 4/33-34 dell'incarto cassa malati). Lo stesso

specialista, circa la capacità lavorativa, ha attestato che “(...) è difficile per me giudicare sulla capacità lavorativa del paziente non avendolo mai visto in uno stadio acuto. Il paziente si recherà dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ per ulteriori controllo e per la fissazione della capacità lavorativa. Dal mio punto di vista allo stato attuale una ripresa probatoria inizialmente al 50% mi sembra possibile. (...)” (doc. 4/34 dell’incarto cassa malati). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in malattie polmonari e capo-servizio di pneumologia dell’Ospedale regionale \_\_\_\_\_, nel rapporto 18 dicembre 2000 indirizzato al dr. \_\_\_\_\_ (doc. 4/60-61 dell’incarto cassa malati), ha concluso che “(...) in questo paziente con un probabile antecedente di asma bronchiale, attualmente, senza esposizione evidente alla polvere, non si constata che una minima iperreattività bronchiale. Il referto attuale non esclude un’asma bronchiale anamnestica. (...)” (doc. 4/61 dell’incarto cassa malati). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, in un precedente rapporto del 14 febbraio 2000 indirizzato alla dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. AI 7/4-7) – dopo aver esposto la seguente anamnesi attuale: “(...) da tempo cefalee di tipo emicranico, migliorate e regredite in modo completo con bio-risonanza. Una TAC cerebrale effettuata in data 14.5.99 risultava normale. Recentemente difficoltà lavorando per diminuzione del tatto alle mani bilateralmente, in particolare sensazione di mano gonfia bilateralmente, risvegli notturni per addormentamento della mano bilateralmente a predominanza a sinistra. Dolori cervico-scapo-lari bilaterali già indagati con esame di risonanza magnetica cervicale in data 16.11.99 OSG: protrusione del disco C4-C5 con compressione del sacco in sede mediana e paramediana sinistra, note degenerative minime, modesto restringimento del forame di coniugazione a sinistra, senza compressioni radicolari. Lombosciatalgia su nota spondilolistesi L5 e spina bifida L5, con rare sciatalgie bilaterali. (...)” (doc. AI 7/4) – , ha espresso la seguente valutazione: “(...) la sintomatologia disestasiante accusata alle mani bilateralmente è da ricondurre ad una sindrome del tunnel carpale evidenziata all’esame elettroencefalografico: viene confermata una neuropatia sensitivo-motoria con componente assonale e demielinizzante del nervo mediano a destra, d’entità comunque discreta, a sinistra viene evidenziata una neuropatia sensitivo-motoria con componente solo demielinizzante, pure d’entità discreta. L’entità discreta della neuropatia non è comunque in contrasto con una sintomatologia importante e a tratti invalidante. Prima di procedere ad un intervento di neurolisi si potrebbe tentare un’infiltrazione locale con corticosteroidi. La neurografia sensitivo-motoria non mostra poi segni di polineuropatia, neppure riscontrati clinicamente né agli arti superiori né inferiori. All’esame clinico non si mettono poi in evidenza segni di sofferenza radicolare o ancora mielopatica né agli arti superiori né a quelli inferiori. Una tendoinserzionite cervicoscapolare rispettivamente una sindrome lombo-vertebrale potrebbero essere rivalutati in ambito reumatologico, in vista di una rivalutazione professionale. In fine l’emicrania senz’aura non sembra essere più sintomatica. (...)” (doc. AI //5). In un primo momento il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nella proposta del 22 marzo 2001, viste le risultanze degli accertamenti medici effettuati dall’assicuratore malattia, ha concluso che “(...) dopo queste osservazioni sono dell’avviso che sia necessaria visto le implicazioni lavorative di riqualifica e la giovane età e per avere un avviso definitivo per il CIP inviare l’A. al SAM. (...)” (doc. AI 22/1). L’assicurato – dopo aver ricevuto la comunicazione dell’Ufficio AI del 10 aprile 2001 circa la necessità di un accertamento medico a cura del SAM e la convocazione del 9 gennaio 2002 da parte di quest’ultimo per il giorno di mercoledì 13 febbraio 2002 alle ore 7.45 – , con lettera del 14 gennaio 2002, ha comunicato all’Ufficio AI che “(...) con la presente inoltra la rinuncia alle prestazioni AI a suo tempo richieste. Motivo la presente con il fatto che dal tempo della

richiesta ad oggi, esercito solo in minima parte e parzialmente la professione di tappezziere decoratore, non usando prodotti che mi arrecano allergie, al momento non sono soggetto ad alcun disturbo. Faccio rispettosamente notare che non era mia intenzione avvalermi di prestazioni economiche, ma bensì come specificato sul formulario di richiesta al punto 8 Osservazioni supplementari richiedevo un colloquio con un orientatore professionale. Nel frattempo sono sempre alla ricerca di nuove prospettive di lavoro per riprendere una vita normale, dato che la situazione non è certo tra le più idilliache e che uno stipendio garantito, mi assicurerebbe di assolvere con maggior tranquillità gli impegni economici privati e verso comune e cantone tutt'ora difficili da gestire e rispettare. (...)” (doc. AI 27/1). L'Ufficio AI – invitato (dopo lo stralcio del 23 gennaio 2002, sub doc. AI 28/1) dalla cassa malati a voler riaprire il caso dell'assicurato (cfr. doc. AI 30/1-2, 31/1 e 33/1) e dando seguito alla proposta 30 aprile 2002 nella quale il dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso: “(...) vedi la mia proposta 1.4.2002 -04-30 Visto il decorso quanto limita l'A. e va chiarito prima di un mandato CIP è l'apparato reumatologico con sovraccarico da obesità (la valutazione antecedente pneumologica e dermatologica esclude limitazioni). A perizia reumatologica dr. \_\_\_\_\_ (...)” (doc. AI 36/1) – , con comunicazione del 7 maggio 2002 (doc. AI 36/1-2), ha ordinato una perizia medica a cura del dr. \_\_\_\_\_. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e reumatologia, nella perizia del 10 agosto 2002 (doc. AI 39/1-12) – poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “(...) – Sindrome cervicovertebrale intermittente su/con: • modiche turbe statiche (protrazione della testa) • lievi alterazioni degenerative (condrosi C4-C5) – Sindrome lombovertebrale intermittente su/con: • spondilolistesi di L5/S1 con anterolistesi di grado I e lisi L5 • modiche alterazioni degenerative (condrosi L4-L5, spondilofiti anteriori L2-L3 e L3-L4) • turbe statiche con tendenza all'iperlordosi lombare e lieve scoliosi destro convessa • sovraccarico su adiposità (...)” (doc. AI 39/6) e, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di “(...) – Ipertensione arteriosa – Adiposità per magna – Allergia alle polveri e medicamentosa (Diovan) – Stato dopo colecistectomia nel giugno 2002 – Stato dopo operazione ernia ombelicale e appendicectomia (...)” (doc. AI 39/6) – , ha espresso la seguente valutazione: “(...) il paziente soffre di una lieve sindrome lombovertebrale e cervicovertebrale causate in particolare da turbe statiche e, a livello lombare, da una spondilolistesi L5-S1, con anterolistesi di grado I e lisi a livello L5. Le alterazioni degenerative sono lievi e praticamente fisiologiche per l'età. La prognosi a medio-lungo termine è buona se il paziente evita i lavori pesanti o attività con posizioni inergonomiche. (...)” (doc. AI 39/6). Lo stesso specialista, quanto alle conseguenze sulla capacità al lavoro nell'attività abituale e sulla capacità d'integrazione, ha, in particolare, evidenziato che “(...) sull'attività di tappezziere i disturbi reumatologici non si ripercuotono assolutamente. [...] Dal lato reumatologico non esiste limitazione della capacità lavorativa. [...] Il paziente dal punto di vista reumatologico può continuare il lavoro di tappezziere. Come ho detto sopra il paziente è in ogni caso abile per qualsiasi lavoro leggero sino a medio pesante nel quale non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 40 kg o trasportarli per lunghi tratti. Il paziente deve inoltre evitare lavori dove deve a lungo restare in anteflessione (più di due ore di fila). [...] Dal punto di vista reumatologico bisogna unicamente evitare i lavori pesanti tipo muratore, piastrellista, carpentiere o lavori dove debba lavorare a lungo in anteflessione (tipo meccanico d'auto). In tutti i lavori leggeri sino a medio pesanti, il paziente è abile da subito al 100%. (...)” (doc. AI 39/7-8). La dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale – interpellata dall'Ufficio AI come da proposta del 5 settembre 2002 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 42/1) e dopo che nel precedente rapporto del 28 marzo 2000 aveva attestato

un'incapacità lavorativa del 100% nella sua attività abituale dal luglio 1999 e una capacità totale in un'attività adeguata (cfr. doc. AI 7/1-3) – , nel rapporto medico del 10 ottobre 2002 (doc. AI 45/1-3) ha ancora attestato che l'attività abituale non è più proponibile e che vi è una capacità lavorativa per altre attività senza alcun limite di rendimento (cfr. doc. AI 45/3 punti 1.1, 2.2 e 2.2.2). Come accenato (cfr. consid. 2.1), con lettera del 26 giugno 2012 il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha interpellato il SAM – al quale l'amministrazione ha ordinato una perizia pluridisciplinare ai fini della nuova domanda di prestazioni dell'ottobre 2011 di cui si dirà in seguito (cfr. doc. AI 61/1-8, 86/1-2 e 87/1-2) – affinché si esprimesse sull'evoluzione della capacità lavorativa dal 2001 in poi (cfr. doc. AI 94/1). I periti del SAM, nella perizia pluridisciplinare del 31 luglio 2012 ( doc. AI 102/1-35; perizia questa a cui, come si vedrà in seguito, va riconosciuta piena forza probatoria ) , hanno concluso che “(...) in un lavoro adatto allo stato di salute dell'A., con impegno fisico leggero o medio pesante, che rispetti la capacità funzionale e di carico residua descritta alla pagina 9 del consulto reumatologico del Dr. med. \_\_\_\_\_, senza esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie, che non richiedano la guida di autoveicoli professionali o in generale un alto grado di attenzione, senza attività particolarmente pericolose per se stesso o per gli altri e che non necessitano una sua presenza costante sul posto di lavoro, con la possibilità di recarsi immediatamente in toilette quando sente lo stimolo di andare di corpo, l'A. è abile al lavoro nella misura del 100%, con un rendimento massimo del 100%, valida da sempre ed in ogni caso invariata a partire dal 30.4.2001 in avanti. Per quanto riguarda le crisi di diverticolite recidivante, valgono le condizioni descritte al capitolo precedente. (...)” (doc. AI 102/34). Viste le suesposte risultanze mediche, la valutazione medica dell'Ufficio AI posta alla base della decisione del 13 marzo 2003 – valutazione stante la quale “(...) dalla documentazione medica raccolta agli atti risulta che lei ha presentato una totale incapacità lavorativa e di guadagno dal luglio 1999 al gennaio 2001 (mese in cui è stato peritato dal Dr. \_\_\_\_\_ per l'\_\_\_\_\_ Assicurazioni) (...)” (vedi le motivazioni sub doc. AI 50/1-2), con in seguito (in ogni caso almeno a partire dal 30 aprile 2001, come hanno attestato i periti del SAM; cfr. doc. AI 102/34 sopra riprodotto) una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata – va pertanto confermata da questo Tribunale. 2.3.3. Aspetti economici Innanzitutto questo Tribunale deve stigmatizzare il fatto che – anche se a più riprese menzionato nelle diverse proposte del rispettivo funzionario e medico (cfr. doc. AI 21/1, 22/2, 32/1, 34/1 e 36/1) – l'Ufficio AI non ha mai proceduto a conferire un mandato al consulente in integrazione professionale (CIP). Va qui inoltre ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2000. Per quanto riguarda il reddito da valido dagli atti risulta quanto segue. Dall'estratto del conto individuale (doc. 218-220 dell'incarto della Cassa) risulta che negli ultimi tre anni precedenti il danno alla salute, l'assicurato ha svolto un'attività indipendente conseguendo i seguenti redditi: fr. 16'600.-- nel 1997 e fr. 16'500.-- nel 1998 e nel 1999. Al riguardo significativa è la proposta del 12 marzo 2002 nella quale il funzionario \_\_\_\_\_ ha osservato che “(...) dal mio punto di vista non dovrebbe sussistere però alcun diritto a rendita in quanto l'assicurato conseguiva redditi molto bassi (max. 16'600.--annui nel 1997) e dovrebbero essere esigibili in misura completa. Questo spetterà però al CIP confermarlo. (...)” (doc. AI 32/1). Dalle dichiarazioni fiscali e dai bilanci e conti economici dei rispettivi anni risulta poi che nella dichiarazione d'imposta 1999/2000 è stato indicato un reddito lordo da attività indipendente per l'anno 1997 di fr. 16'110.-- (doc.

AI 15/2-5, punto 2); per lo stesso anno nel conto economico è stato indicato un utile d'esercizio di fr. 16'110.97 (cfr. doc. 15/14) mentre che per il 1998 e il 1999 è stato indicato un utile d'esercizio di fr. 42'870.20 rispettivamente di fr. 5'668.35 (cfr. doc. 15/16-17). Nell'ipotesi a lui più favorevole – considerato il 1998 quale ultimo anno in cui ha svolto interamente la sua attività indipendente prima del danno alla salute (1999) – il reddito da valido per il 2000 si attesta a fr. 43'557.79 (fr. 42'870.20 aumentati dello 0.3% per il 1999 e del 1.3% per il 2000; cfr. la Tabella B 10.2 relativa all'evoluzione dei salari in termini nominali totale, pubblicata in *La Vie économique* 12-2003 pag. 95). Per quanto riguarda al reddito da invalido valgono le seguenti considerazioni. Come visto sopra, da un punto di vista medico, l'attività abituale indipendente di tappezziere/decoratore non è più esigibile mentre che in un'attività adeguata la capacità lavorativa è totale. In base all'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione – tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale – sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (STF 9C\_924/2011 del 3 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 consid. 4.3 e I 224/01 del 22 ottobre 2001 consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. In concreto, allorquando nel 2001 è stato riconosciuto abile al lavoro al 100% in un'attività adeguata, l'assicurato non aveva ancora compiuto i 37 anni per cui, da un punto di vista oggettivo nulla ostava ad un cambiamento dell'attività lavorativa giacché non aveva ancora raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera generalmente che non esistono possibilità per valorizzare la capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro ritenuto equilibrato (cfr. STF 9C\_578/2009 del 29 dicembre 2009, pubblicata in SVR 2010 IV Nr. 37, con-sid. 4.3.2). Inoltre, i posti di lavoro esigibili non erano così limitati da rendere incerta la possibilità di trovare un'occupazione in un mercato del lavoro ritenuto equilibrato e nemmeno l'assicurato aveva addotto delle ragioni soggettive che avrebbero dovuto imporre di concludere per l'impossibilità di un cambiamento dell'attività lavorativa. Al contrario, tanto dalla domanda di prestazioni del gennaio 2000 quanto dagli scritti del 14 gennaio e del 21 marzo 2002 indirizzati all'Ufficio AI, risulta chiaramente la volontà dell'assicurato di cambiare professione nonché la domanda di aiuto per procedere in questo senso (cfr. doc. AI 2/1-7, 27/1 e 33/1). Il reddito da invalido per il 2000, conformemente alla succitata giurisprudenza – ricordato ancora che a quell'epoca non valeva ancora la giurisprudenza federale secondo la quale sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di

statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11; SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006) e ribadita la possibilità di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004) – , ammonta dunque a fr. 51'702.45 (fr. 4'123.-- quale reddito conseguibile nel 2000 da un uomo in una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero secondo la TA13 regione Ticino, riportati su 41.8 ore conformemente alla Tabella B 9.2 pubblicata in La Vie économique 12-2003 pag. 94 e moltiplicati per 12). Nell'ipotesi a lui più favorevole – applicata quindi la riduzione massima possibile del 25% ai sensi della DTF 126 V 75 e ritenuta la capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata – il reddito da invalido si attesta a fr. 38'776.81 (fr. 51'702.45 ridotti del 25%) Ora, confrontando i redditi da valido e da invalido ottenuti nelle ipotesi a lui più favorevoli, il grado d'invalidità non raggiunge il minimo pensionabile del 40% ex art. 28 cpv. 2 LAI ( [43'557.79 - 38'776.81] x 100 : 43'557.79 = 10.97 arrotondato all'11% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 21 consid. 2.3 ) . 2.3.4. In simili circostanze – ritenuto che almeno dal 1. maggio 2001 vi è una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata (cfr. consid. 2.3.2) e che, considerata detta abilità lavorativa, (anche volendo considerare le ipotesi a lui più favorevoli) dalla valutazione economica non risulta un grado d'invalidità pensionabile (cfr. consid. 2.3.3) – questo Tribunale deve concludere che la decisione con la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto e conseguentemente erogato una rendita intera dopo il 30 aprile 2001 fino al 31 agosto 2011 è manifestamente errata e la sua correzione ha un'importanza rilevante. Sono dunque dati i presupposti per riconsiderare la decisione del 13 marzo 2003 (cfr. consid. 2.3.1). 2.3.5. Effetti della riconsiderazione Se l'errore che dà luogo alla riconsiderazione concerne degli elementi che non sono specifici al diritto dell'AI, ma che si ritrovano per analogia anche nell'ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, allora la modifica ha effetto retroattivo (ex tunc), con la conseguenza che l'obbligo di restituzione deve rispettare i limiti previsti dall'art. 25 cpv. 2 LPG (STF 9C\_774/2012 del 15 gennaio 2013 consid. 4.1 e SVR 2012 IV Nr. 35 pag. 136 consid. 5.1.1 con riferimenti). In concreto – ritenuto che nel progetto d'assegnazione di rendita del 14 novembre 2002 l'Ufficio AI aveva specificato che il diritto alla rendita intera era riconosciuto limitatamente al periodo dal 1. luglio 2000 al 30 aprile 2001 (cfr. doc. AI 48/1-2) e che detto limite temporale figurava anche nella delibera del 25 novembre 2002 indirizzata alla Cassa Cantonale di Compensazione (cfr. doc. AI 51/1-2) – questo Tribunale ritiene che l'errore in cui è incorsa l'amministrazione nel versare le prestazioni anche dopo il 30 aprile 2001 non è specifico al diritto dell'AI. Conformemente alla succitata giurisprudenza la riconsiderazione del diritto ha dunque effetto retroattivo. 2.3.6. Va qui ancora sottolineato che la modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPG; STF 9C\_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 6.2; 9C\_768/2010 del 10 novembre 2010 consid. 2.2; STFA I 859/05 del 10 maggio 2006 consid. 2.3 e I 222/02 del 19 dicembre 2002 consid. 5.1). Nella fattispecie (come visto sopra, cfr. consid. 2.3.2), nella perizia pluridisciplinare del 31 luglio 2012 (perizia sub doc. AI 102/1-35 e a cui, come si vedrà in seguito, va riconosciuta piena forza probatoria), i periti del SAM hanno concluso che in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti "(...) l'A. è abile al lavoro nella misura del 100%, con un rendimento massimo del 100%, valida da sempre ed in ogni caso invariata a partire dal 30.4.2001 in avanti. (...)"

(doc. AI 102/34). Anche da questo punto di vista la riconsiderazione della decisione del 13 marzo 2003 é rispettosa della suenunciata giurisprudenza federale. 2.3.7. In conclusione, visto tutto quanto sopra esposto (cfr. consid. dal 2.3.1 al 2.3.6), sono dunque adempiute le condizioni per riconsiderare con effetto retroattivo la decisione del 13 marzo 2003. Va qui ribadito che l'errore in cui è incorsa l'amministra-zione nel versare le prestazioni dopo il 30 aprile 2001 non è specifico al diritto dell'AI (cfr. consid. 2.3.5) e che dall'assegnazione della rendita intera con effetto dal 1. luglio 2000 non sono intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustificassero il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (cfr. consid. 2.3.6).

2.4. Rifiuto della domanda di prestazioni del 6 ottobre 2011 2.4.1. Come accennato (cfr. consid. 1.2) l'Ufficio AI ha erogato una rendita intera fino al 31 agosto 2011. Nella richiesta di prestazioni del 6 ottobre 2011 (doc. AI 61/1-8) l'assicurato ha indicato che "(...) attualmente sia i dolori alle gambe che alle braccia si sono fatti più acuti e frequenti fino ad essere sempre presenti. Le gambe in particolar modo sono peggiorate nel senso che trovo dolore dalla base della schiena fino alle estremità con impossibilità di rimanere seduto con una normale postura. Inoltre sento un forte torpore e formicolii con sensazioni di scosse ai piedi in particolare pollici. Punto 7.7.2 Molto frequentemente ho bisogno d'aiuto per vestirmi e svestirmi nonché per l'igiene personale soprattutto bagno (recupero) e WC!! Il malfunzionamento dell'intestino fa sì che spesso e volentieri mi succede di avere bisogno di un bagno all'istante (a volte fino 3-4 volte al di) purtroppo mi succede di non avere a portata di mano il bagno (vedi per es. tunnel / grandi magazzini) e la cosa è molto umiliante pensando a cosa succede. (...)” (doc. AI 61/7). L'Ufficio AI, visto il rapporto 16 settembre 2011 del dr \_\_\_\_\_ (doc. AI 63/1-2), è entrato nel merito della nuova domanda (cfr. la “scheda assicurato Triage del 10.10.2011” sub doc. AI 64/1).

2.4.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della 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 ad 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, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46 ). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(even-tuale) inizio del diritto alla rendita 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 LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.4.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.4.4. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), nella DTF 133 V 263, chiamato a pronunciarsi nel caso di nuova domanda presentata dopo l'assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha precisato la propria giurisprudenza e stabilito che in una tale evenienza la nuova domanda deve rispettare i requisiti posti dall'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI. Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto

alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pag. 84-86). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; STF 9C\_80/2013 del 18 settembre 2013 consid. 3.2; DTF 133 V 108; 117 V 198; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15).

2.4.5. L'Ufficio AI, sulla base della valutazione 8 febbraio 2012 del dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha concluso per la necessità di esperire una perizia a cura del SAM (cfr. doc. AI 86/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare del 31 luglio 2012 (doc. AI 102/1-117) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a sei consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_), pneumologia (dr. \_\_\_\_\_), cardiologica (dr. \_\_\_\_\_), gastroenterologia (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome cervicospondilogenica cronica intermittente in: - alterazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi anteriore C3, grossolana spondilosi a ponte C6-C7, spondilartrosi caudale, uncartrosi plurisegmentali); - disturbi statici del rachide (iperlordosi della colonna dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistro convessa dorsale); - decondizionamento e sbilancio muscolare. Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in: - spondilolistesi di primo grado secondo Meyerding di L5 su S1, su lisi istmica bilaterale di L5; - alterazioni degenerative della colonna lombare (osteocondrosi multisegmentali L1-L5, particolarmente marcata in L4-L5, con spondilosi ipertrofiche e spondilartrosi); - disturbi statici del rachide (iperlordosi e scoliosi sinistroconvessa lombare); - decondizionamento e sbilancio muscolare; - obesità corporea (BMI 33,5 kg/m<sup>2</sup>). Periartropatia omero scapolare con sintomatologia di attrito a ds.: - artrosi acromioclaveare bilaterale. Probabile coxartrosi bilaterale. Gonartrosi bilaterali. Possibile latente lieve iperreattività bronchiale con pregressa iperreattività bronchiale su esposizione alla polvere e asma bronchiale anamnestica lieve su esposizione alla polvere. Sindrome delle apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado moderato in presenza di obesità corporea (BMI 33,5 kg/m<sup>2</sup>). Sindrome metabolica con obesità corporea (BMI 33,5 kg/m<sup>2</sup>), ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo II, iperlipidemia. Aritmia atriale intermittente. Diverticolosi del sigma e colon sin., con crisi di diverticolite recidivante. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale più pronunciata a sin. Malattia da reflusso gastroesofageo sintomatica. Stato dopo colecistectomia per colecistolitiasi. Stato dopo appendicectomia. Stato dopo ernioplastica bilaterale. Stato dopo allergia cutanea e congiuntivite negli anni 1999-2000 (DD: allergia alla polvere e all'ovatta sintetica rossa e bianca, allergia al Diovan). Stato dopo ripetuti episodi di prostatiti acute batteriche dal marzo 2012 sulla base di una iperplasia prostatica sintomatica. (...)" (doc. AI 102/24-25) Considerati tutti gli atti medici raccolti, dopo

un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come tappezziere/decoratore. (...)” (doc. AI 102/31), il SAM ha concluso: " (...) 8

### CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA

Nella professione di tappezziere/decoratore l'A. presenta limitazioni a livello pneumologico (respiratorio) e reumatologico; dal lato neurologico, cardiologico, gastroenterologico e psichiatrico invece non vi è una diminuzione della capacità lavorativa in questa professione. Dal lato reumatologico l'A. presenta una pluripatologia con sindrome cervicospondilogenica cronica intermittente, sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a ds., probabile coxartrosi bilaterale e gonartrosi bilaterale. Nella precedente perizia reumatologica del Dr. med. \_\_\_\_\_, redatta il 10.8.2002, viene descritta solo la patologia cervicale e lombare. Nella sua ultima attività come tappezziere/decoratore, l'A. risulta abile al lavoro dal lato reumatologico sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore per tutte quelle mansioni che soddisfano pienamente i limiti funzionali e di carico descritti alla pagina 9 del consulto reumatologico allegato del Dr. med. \_\_\_\_\_, limiti insorti probabilmente a partire da gennaio 2004, allorché subentravano lombosciatalgie recidivanti. Per il periodo precedente fa stato la valutazione peritale del Dr. med. \_\_\_\_\_. Dal lato neurologico l'A. presenta una lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale, più pronunciata a sin. In caso di peggioramento dei sintomi alle mani, si dovrebbe discutere l'indicazione ad una decompressione chirurgica del canale carpale, che potrebbe comunque quasi sicuramente risolvere la sintomatologia. La lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale non determina deficit limitanti un'attività lavorativa. Per quanto riguarda la patologia lombare non sono mai stati descritti deficit neurologici oggettivi e anche all'esame neurologico odierno non si trovano deficit oggettivi agli arti inferiori. Per quel che riguarda gli aspetti strettamente neurologici, non vi è mai stata un'incapacità lavorativa prolungata almeno dal 2001 a tutt'oggi. Dal lato pneumologico ricordiamo che l'A. ha presentato nel 1999 dei disturbi asmatici esclusivamente a contatto della polvere durante la pratica della professione di tappezziere/decoratore, per cui nel 2000 è stato sottoposto, su incarico del Dr. med. \_\_\_\_\_ che lo peritava dal lato allergologico, ad un esame spirometrico, che è risultato completamente normale. A quel tempo è stato eseguito anche un test di broncoprovocazione, che mostrava una possibile minima iperreattività bronchiale. Ora l'A. presenta una situazione sostanzialmente identica, con un test di broncoprovocazione negativo, ma con dei parametri riferibili a quelli precedentemente descritti come borderline e di ciò fa fede il test del FeNo nell'aria espirata leggermente positivo. Attualmente l'A. è asintomatico. Possiamo perciò confermare una possibile latente lieve iperreattività bronchiale, con pregressa iperreattività bronchiale e un'asma bronchiale anamnestica lieve su esposizione alla polvere. È inoltre presente un'obesità corporea. Dal punto di vista terapeutico non sono necessarie misure particolari per quanto riguarda la situazione respiratoria. A causa di questa patologia pneumologica l'A. presenta una non idoneità per lavori con esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie e perciò a rigore non è abile per la professione di tappezziere/decoratore. Questa valutazione della capacità lavorativa è da considerarsi invariata e identica precedentemente al 2001 fino a tutt'oggi. Nell'ambito dell'attuale perizia è stata diagnosticata una sindrome delle apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado moderato, con perlomeno una sonnolenza borderline. Tenuto conto della scarsità dei sintomi, l'A. preferisce iniziare con misure conservative, caratterizzate da una riduzione del peso corporeo, che ha già iniziato. Si consiglia un

ricontrollo poligrafico al più presto tra sei mesi, onde valutare la risposta e rispettivamente valutare l'eventuale indicazione della messa in atto di una ventiloterapia con apparecchiatura CPAP. Questa affezione può in teoria ridurre il grado di attenzione, per cui esiste attualmente una limitazione per la guida di autoveicoli professionali fino all'efficace terapia della sindrome delle apnee da sonno. Risulta impossibile valutare e datare l'insorgenza della sindrome delle apnee da sonno e perciò l'eventuale teorica inabilità alla guida di autoveicoli professionali, in quanto i dati anamnestici non permettono una datazione precisa. Dal lato cardiologico l'A. presenta una sindrome metabolica con obesità (BMI 33,5 kg/m<sup>2</sup>), ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo II ed iperlipidemia, nonché un'aritmia atriale intermittente. Consigliamo un'ulteriore calo ponderale, un controllo regolare dei valori di pressione con in caso di bisogno un adattamento della terapia antiipertensiva, nonché un controllo della glicemia e dei valori lipidici, eventualmente adattando la terapia. Si constatano iniziali ripercussioni cardiache strutturali della sindrome metabolica e dell'ipertensione sottoforma di un'iniziale disfunzione diastolica ventricolare sin. Oggettivamente non abbiamo attualmente elementi per una causa cardiaca dei disturbi toracici posizione-dipendenti ed aspecifici, presentati in passato. Un reflusso gastroesofageo può essere preso in considerazione dall'anamnesi. In caso di recidive sarebbe da considerare, quale complemento diagnostico cardiaco, un test più specifico (scintigrafia miocardica). L'aritmia atriale intermittente che presenta l'A. è verosimilmente d'origine vegetativa. Sanzioni specifiche per queste aritmie intermittenti per il momento non si impongono, ma la situazione dovrà essere seguita. Dovesse poi presentare significative o frequenti palpitazioni, se ne imporrebbe una rivalutazione. Dal punto di vista cardiologico non è mai esistita una riduzione prolungata della capacità lavorativa per la professione di tappezziere/decoratore. Pertanto, dal lato strettamente cardiologico, dal 30.4.2001 ad oggi l'A. è da ritenersi abile al 100% nella sua professione di tappezziere/decoratore. Dal lato gastroenterologico l'A. presenta una diverticolosi del sigma e colon sin. con crisi di diverticolite recidivante, una malattia da reflusso gastroesofageo sintomatica e uno stato dopo vari interventi chirurgici addominali. L'ultima crisi di diverticolite è stata trattata in modo ospedaliero-degente dal 23 al 25.5.2012 e poi ambulatorialmente a casa, con buona risoluzione dell'infiammazione. Probabilmente il chirurgo curante, Dr. med. \_\_\_\_\_, proporrà di nuovo di fare una resezione del sigma e del discendente inferiore. Con un tale intervento chirurgico l'A. non dovrebbe più in futuro avere crisi di diverticolite. Non è però detto che le crisi di diarrea molto abbondanti, con tendenza all'incontinenza e in alternanza a momenti di stitichezza, migliorino dopo un tale intervento chirurgico. A causa di quest'ultimo problema l'A. non è adatto a tutte le professioni, dove non ha la possibilità di recarsi immediatamente in toilette, quando sente lo stimolo di andare di corpo. Bisogna dunque evitare tutte le attività lavorative che necessitano una sua presenza costante sul posto di lavoro. In un'attività lavorativa che rispetti queste condizioni, come quella di tappezziere/decoratore, dal punto di vista puramente gastroenterologico non c'è un'incapacità lavorativa. Si può calcolare per una diverticolite trattata ambulatorialmente un'incapacità lavorativa della durata di due-tre settimane, mentre per una crisi più acuta, con degenza ospedaliera, l'incapacità lavorativa può durare fino ad un massimo di quattro-sei settimane. La malattia da reflusso gastroesofageo non porta ad un'incapacità lavorativa di rilievo. La valutazione della capacità lavorativa è rimasta stabile dal 2001 ad ora. Dal punto di vista terapeutico si potrebbe eventualmente dare del Metamucil al posto dell'Importal. Per quanto riguarda la malattia da reflusso gastroesofageo consigliamo di aumentare il dosaggio di Pantoprazolo ad almeno 40 mg al giorno, se necessario anche a 60 mg al

bisogno. Non abbiamo riscontrato una diagnosi psichiatrica avente un influsso sulla capacità lavorativa dell'A., né abbiamo potuto rilevare elementi tali da giustificare una riduzione della capacità lavorativa psichiatrica nel periodo dal 30.4.2001 in avanti. Indicazioni terapeutiche di tipo psichiatrico non sono consigliabili in questo caso. La capacità lavorativa dello 0% come tappezziere/decoratore come descritta al capitolo 7 è valida a partire dal 30.4.2001; per il periodo precedente valgono le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI del Canton Ticino.

**9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** In un lavoro adatto allo stato di salute dell'A., con impegno fisico leggero o medio-pesante, che rispetti la capacità funzionale e di carico residua descritta alla pagina 9 del consulto reumatologico allegato del Dr. med. \_\_\_\_\_, senza esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie, che non richiedano la guida di autoveicoli professionali o in generale un alto grado di attenzione, senza attività particolarmente pericolose per se stesso o per gli altri e che non necessitano una sua presenza costante sul posto di lavoro, con la possibilità di recarsi immediatamente in toilette quando sente lo stimolo di andare di corpo, l'A. è abile al lavoro nella misura del 100%, con un rendimento massimo del 100%, valida da sempre ed in ogni caso invariata a partire dal 30.4.2001 in avanti. Per quanto riguarda le crisi di diverticolite recidivante, valgono le condizioni descritte al capitolo precedente. L'A. non svolge più un'attività lavorativa dal 15.7.1999. Se desiderato dall'A., consigliamo un aiuto da parte dell'Ufficio di collocamento nella ricerca di un lavoro confacente. L'A. ha presentato brevi periodi d'incapacità lavorativa durante le degenze ospedaliere dal 24 al 27.7.2005 (\_\_\_\_\_), dall'1 al 6.12.2008 (\_\_\_\_\_) e dal 23 al 25.5.2012 (Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_).

**10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI** Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Alle domande particolari del Dr. med. \_\_\_\_\_, Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI del Canton Ticino, abbiamo già risposto ai capitoli precedenti. Consigliamo ai medici del Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, di inviare una copia della nostra perizia al medico curante, Dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, affinché si possano mettere in atto i consigli terapeutici dei nostri consulenti. Sperando di aver esaudito le sue attese, voglia gradire, egregio Collega, i nostri migliori e collegiali saluti. (...)" (doc. AI 102/32-35)

L'Ufficio AI – viste le risultanze peritali e il rapporto finale 6 agosto 2012 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 104/1-4) – con decisione 16 novembre 2012 ha quindi negato all'assicurato il diritto a prestazioni.

**2.4.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico,** determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Giova qui ricordare che 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. (...) " (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Va poi evidenziato 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 (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e 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 (STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va inoltre ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi

per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). 2.4.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce, per l'attività abituale di tappeziere/decoratore, un'incapacità lavorativa totale continuativa dal luglio 1999. Per qualsiasi altra attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali posti l'incapacità totale è data fino al gennaio 2001 mentre che dal febbraio 2001 vi è una capacità lavorativa del 100%. La dettagliata ed approfondita valutazione del SAM non è stata del resto validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. Tale non può certo essere ritenuta la documentazione medica – più precisamente, il rapporto 14 novembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_ indirizzato all'avv. \_\_\_\_\_ (doc. A/15 = doc. AI 118/3-5) e già sottoposto al medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ed in seguito al SAM; cfr. doc. AI 121/1, 122/1 e VI/2) e i doc. B/1-B4, C/1-3 e D – prodotta in sede ricorsuale. Infatti, nell'annotazione 7 febbraio 2013, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha confermato l'assenza di una modifica dello stato di salute (cfr. VIII/5) avvalendosi della risposta 5 febbraio 2013 nella quale i periti del SAM hanno rilevato: "(...) Con lettera del 16.1.2013 ci ha chiesto di valutare se nella documentazione medica presentata dall'A. soprammenzionato in sede di ricorso (rapporto d'uscita del reparto di medicina interna dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ del 27.12.2012, lettera di dimissione del pronto soccorso dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ o del 25.8.2012 e lettera del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 14.11.2012) vi sono degli elementi che rendano necessaria una modifica della nostra valutazione peritale, redatta il 31.7.2012. Abbiamo sottoposto detta documentazione all'attenzione dei nostri consulenti Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina interna e reumatologia, e Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH neurologia. In seguito riportiamo in modo integrale la risposta del Dr. med. \_\_\_\_\_: "La ringrazio per il suo scritto sovramenzionato a riguardo di questo sopraindicato assicurato, da me sottoposto a consulto peritale reumatologico su incarico del servizio di accertamento medico, visita eseguita il 4.4.2012 con diagnosi reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome cervicospondilogenica cronica intermittente in alterazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi anteriore C3, grossolana spondilosi a ponte C6/C7, spondilartrosi caudale, uncartrosi plurisegmentali), disturbi statici del rachide (iperlordosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale), decondizionamento e sbilancio muscolare, sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in spondilolistesi di primo grado secondo Meyerding di L5 su S1, su lisi istmica bilaterale di L5, alterazioni degenerative della colonna lombare (osteocondrosi multisegmentali L1-L5, particolarmente marcata in L4/L5, con spondilosi ipertrofiche e spondilartrosi), disturbi statici del rachide (iperlordosi e scoliosi sinistroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso 112,5 kg /statura 183 cm), periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra, artrosi acromeoclaveare bilaterale, probabile coxartrosi bilaterale, gonartrosi bilaterali. Ho preso atto della documentazione medica giuntami in allegato al suo scritto del 21.1.2013, ossia di un rapporto d'uscita del reparto di medicina interna dell'ospedale regionale di \_\_\_\_\_ all'attenzione del medico curante dell'assicurato Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, datato 27.12.2012, di un consulto neurologico all'attenzione del servizio di medicina interna dell'\_\_\_\_\_, redatto dallo specialista in neurologia FMH Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il 18.12.2012; ho pure preso nota di una lettera redatta dal medico curante dell'assicurato Dr. \_\_\_\_\_, all'attenzione dell'avvocato \_\_\_\_\_, datato 14.11.2012. Nello scritto dell'ospedale distrettuale di \_\_\_\_\_ del 27.12.2012 figura che il signor RI 1 era rimasto ricoverato presso il reparto di medicina interna dal 17.12.2012 al 18.12.2012 per lombosciatalgia maggiormente a destra che a sinistra; si ponevano le diagnosi inerenti al mio campo di specialità di: "Sindrome lombovertebrale cronica con: con attuale irradiazione sciatalgica probabilmente pseudoradicolare (con solo disestesie alluci S > D), consulenza neurologica Dr. \_\_\_\_\_ pregressi ripetuti episodi lombosciatalgici non deficitari (ultimo in 08.12), Rx colonna lombare 17.12.2012: non cedimenti né scivolamenti vertebrali, spazi intersomatici conservati, piatti vertebrali ben delimitabili, becchi osteofitosici sul versante ventrale, spondilartrosi parte inferiore colonna lombare, possibile assottigliamento canale spinale L4/L5, L5/S1, TAC addome 25.05.2012: accenno a listesi anteriore L5 su S1 in rapporto a fenomeni degenerativi disco (protrusione posteriore ad ampio raggio) + lisi istmica bilaterale, bulging discale posteriore ad ampio raggio da L2 a L5, RM colonna lombare 18.10.2011: non stenosi canale spinale, discopatia L4/L5, L5/S1 con protrusione discale diffusa posteriore, senza evidenti compressioni radicolari". Nel rapporto consulto neurologico del Dr. \_\_\_\_\_ del 18.12.2012, specialista che aveva visitato l'assicurato il 17.12.2012, leggiamo che la valutazione finale era quella di "sindrome lombovertebrale acuta, con irradiazione sciatalgica probabilmente pseudoradicolare, senza sicura partecipazione neurologica a parte le disestesie all'alluce sinistro > destro in parte di vecchia data. Proseguirei per alcuni giorni la terapia conservativa, solo in assenza di miglioramento ripeterei una RM lombare. A lungo termine è importante una riduzione ponderale. Infine nel rapporto redatto dal Dr. \_\_\_\_\_ all'attenzione dell'avvocato \_\_\_\_\_ del 14.11.2012, vi sono osservazioni in merito alla valutazione pluridisciplinare presso il servizio di accertamento medico che, per quanto riguarda il mio campo di specialità, esprimono una diversa valutazione della capacità funzionale e di carico residua rispettivamente della capacità lavorativa, facendo riferimento alle stesse patologie a me già note. In sintesi, prendendo atto dei documenti allegati alla sua lettera del 21.1.2013, non riconosco nuove patologie atte a modificare la mia valutazione della capacità funzionale e di carico residua, rispettivamente della capacità lavorativa in attività adatta allo stato di salute, rispettivamente nell'ultima professione espletata, per cui il giudizio espresso nella mia valutazione peritale del 4.4.2012, può essere soltanto riconfermato." In seguito riportiamo in modo integrale la risposta del nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_: "Ho ricevuto la documentazione più recente concernente questo Assicurato, che avevo valutato dal punto di vista neurologico nell'ambito di una perizia pluridisciplinare il 02.04.2012. Allora era emerso che il paziente soffriva da almeno 10 anni, ma probabilmente già in precedenza, di dolori lombari presenti quasi giornalmente in modo latente o lieve con sporadiche esacerbazioni durante o dopo sforzi fisici. Allora l'ultimo blocco algico lombare rilevante si era verificato due mesi prima della valutazione neurologica. Vi erano pure dolori alle ginocchia. All'esame neurologico non avevo trovato deficit agli arti inferiori che facessero sospettare una lesione radicolare. Nel frattempo è pervenuta una nuova documentazione concernente un ricovero presso il Servizio di medicina interna dal 17 al 18 dicembre 2012 all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ con la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica con irradiazione sciatalgica probabilmente pseudoradicolare. L'A. è stato valutato dal punto di vista neurologico e si parla di una "non sicura partecipazione neurologica a parte disestesie agli alluci a sinistra più che a destra, in parte di vecchia data". Si ritiene la sintomatologia probabilmente di tipo pseudoradicolare.

Si cita infine una RM della colonna lombare del 18.10.2011 con il seguente reperto: "non stenosi canale spinale, discopatia L4/5, L5/S1 con protrusione discale diffusa posteriore, senza evidenti compressioni radicolari": La nuova documentazione conferma in pratica l'assenza di deficit neurologici anche all'esame clinico eseguito in occasione del ricovero del 17 dicembre 2012 all'Ospedale \_\_\_\_\_. Le minime disestesie agli alluci descritte non hanno un significato rilevante soprattutto anche dal punto di vista funzionale. Alla RM lombare del 18.10.2011 sono descritte alterazioni degenerative discali (discopatia) L4/5 e L5/S1 che non causano un restringimento del canale spinale né sono state evidenziate compressioni radicolari. Ritengo dunque che la documentazione più recente non apporti elementi rilevanti rispetto a quanto già era stato descritto in occasione della mia valutazione del 02.04.2012. In effetti come allora non sono stati evidenziati deficit neurologici ed anche alla documentazione radiologica, il 2 aprile 2012 non a disposizione, concernente la RM lombare del 18.10.2011 non sono descritti reperti determinanti una lesione delle strutture nervose. Penso dunque di poter complessivamente confermare la mia precedente valutazione anche alla luce dei nuovi elementi." Come risulta in modo chiaro dalle due lettere riportate sopra, entrambi i consulenti ritengono che la nuova documentazione medica non apporti elementi nuovi atti a modificare la loro precedente valutazione peritale. Concordiamo con la presa di posizione dei nostri consulenti. Nella nuova documentazione dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ non vengono riportate nuove patologie, né del tipo reumatologico, né del tipo internistico, atte a modificare la nostra valutazione della capacità funzionale e di carico residua, rispettivamente della capacità lavorativa nell'ultima professione espletata ed in attività adatta allo stato di salute. Anche dal lato neurologico non vi sono nuovi elementi rispetto alla valutazione nell'ambito della nostra perizia pluridisciplinare. Anche il rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ non porta nuovi elementi, trattandosi soprattutto di una diversa valutazione delle conseguenze delle patologie presenti sulla capacità lavorativa. Complessivamente possiamo dunque riconfermare le conclusioni della nostra perizia pluridisciplinare, redatta il 31.7.2012. (...)" (doc. VIII/1) In particolare, in merito al rapporto 14 novembre 2012 del dr. \_\_\_\_\_ indirizzato all'avv. \_\_\_\_\_ (doc. A/15 = doc. AI 118/3-5), il dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione 27 novembre 2012, aveva già osservato che "(...) le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_, medico curante dell'A., NON modificano la valutazione espressa nel rapporto SMR finale e basata sulla perizia SAM del 31.12.2012 [ndr. recte: 31.07.2012], contenente valutazioni specialistiche: reumatologica, cardiaca, pneumologica, neurologica, psichiatrica e gastroenterologica. Il quadro clinico che ne è scaturito è migliore di quello descritto dai curanti nei loro rapporti. Per quanto riguarda le osservazioni più puntuali: i pesi risultano non limitati < 10 kg, le attività di precisione vengono ritenute esigibili, in presenza di lieve sintomatologia del tunnel carpale valutato dal neurologo. Il riferimento ad una valutazione di ortopedico (dr. \_\_\_\_\_: IL 50%), concernente un breve periodo temporaneo (2011), non può essere ritenuta prevalente davanti a valutazione peritale. (...)" (doc. AI 122/1). Del resto, il rapporto 29 novembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in ortopedia e traumatologia, è stato considerato dai periti del SAM (cfr. elenco atti sub doc. AI 102/8). Questo Tribunale – ribadito che la perizia pluridisciplinare del 31 luglio 2012 (doc. AI 102/1-117) non è stata validamente contestata e che alla stessa, unitamente al complemento peritale del 5 febbraio 2013 corredato dalle prese di posizione dei consulenti in reumatologia e neurologia (VIII/1-3), va riconosciuta piena forza probatoria – non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni peritali del SAM. Quanto alla documentazione medica sub doc. C1-C3, questo Tribunale fa propria la valutazione 23 luglio 2013 nella

quale il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato: "(...) Attuale nuova documentazione medica: consultazione PS \_\_\_\_\_ del 8.6.2013: trauma contusivo gambe dopo caduta il 7.6.2013: assenza di lesioni ossee consultazione PS \_\_\_\_\_ del 9.6.2013: controllo ferita alla gamba consultazione PS \_\_\_\_\_ del 11.7.2013: blocco lombare acuto il 10.7.2013, dimesso con terapia analgesica. Valutazione: l'attuale documentazione si riferisce ad episodi acuti con buona prognosi (ripristino stato quo ante entro pochi giorni), non risulta una modifica sostanziale e sostenuta dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM. (...)" (VIII/bis) In merito, infine, al certificato medico 31 luglio 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (sub doc. D), il TCA rileva che il curante non ha posto nuove diagnosi che non siano già state considerate dai periti interpellati atte a giustificare una diversa conclusione limitandosi, in modo oltretutto possibilistico, a concludere che "(...) non è escluso quindi che questi episodi possano ancora ripetersi in futuro. (...)" (doc. D). Rispecchiando la perizia pluridisciplinare 31 luglio 2012 ed il complemento 5 febbraio 2013 tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4.6), questo Tribunale non può quindi che confermare le conclusioni dei periti del SAM sopra esposte. Quanto al chiesto aiuto al collocamento – "(...) in considerazione dell'età e del lungo periodo trascorso senza attività professionale per il proprio reinserimento dall'ufficio AI l'assicurato ritiene di poter chiedere almeno un aiuto al collocamento. (...)" (I, punto 4.3 del ricorso) – si rinvia alla risposta di causa con la quale l'amministrazione ha evidenziato che "(...) ritiene sin d'ora adempite le condizioni per l'erogazione dell'aiuto al collocamento (art. 18 LAI). A seguito di una richiesta in tal senso da parte dell'assicurato, l'amministrazione procederà senza indugio ad affidare l'incarico ad un suo collocatore che – a sua volta – prenderà contatto direttamente con RI 1. (...)" (VIII, punto 5). 2.4.8. In simili circostanze, visto tutto quanto sopra esposto (cfr. consid. dal 2.4.1 al 2.4.7), è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha respinto la nuova domanda di prestazioni del 6 ottobre 2011. Infatti, appurato, da una parte, che dal febbraio 2001 va ritenuto abile al 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti e che detta valutazione si è mantenuta nel tempo (cfr. consid. 2.3.2 e 2.3.6) e, ritenuto, dall'altra, che la perizia pluridisciplinare 31 luglio 2012 del SAM ha confermato detta capacità lavorativa, questo Tribunale deve concludere per una situazione valetudinaria sostanzialmente stabile che non giustifica il riconoscimento del diritto ad una rendita (per un caso diverso nel quale l'Alta Corte non ha ritenuto data una base giuridica sufficiente per poter equiparare una situazione medico valetudinaria precedente con quella attuale, vedi la STF 9C\_935/2012 del 16 settembre 2013 consid. 4). 2.5. Quanto alla censura secondo cui "(...) è comunque lecito domandarsi se in concreto, limitandosi ad emanare una decisione di riconsiderazione, l'indicazione con cui, senza ulteriori precisazioni di sorta, all'assicurato si comunica che "... Le prestazioni indebitamente ricevute saranno oggetto di una decisione di restituzione ..." non può che ulteriormente avvalorare la tesi secondo cui la decisione dell'Ufficio AI va ulteriormente considerata contraria al principio della buona fede. (...)" (I, punto 3.6 pag. 14 del ricorso), il TCA si limita a rilevare quanto segue. Nella STCA dell'8 maggio 2012 (doc. AI 91/1-13) questo Tribunale ha rinviato gli atti all'amministrazione per pronunciarsi circa i presupposti necessari per procedere ad una riconsiderazione e quindi emettere o meno una nuova decisione di restituzione (cfr. consid. 1.2). L'amministrazione non doveva quindi – e nemmeno un tale obbligo è previsto dalla legge – procedere all'emissione di un ordine di restituzione contestualmente e/o contemporaneamente alla decisione di riconsiderazione. In merito alla paventata decisione di restituzione il TCA ribadisce qui quanto già evidenziato nella STCA dell'8 maggio 2012, e meglio che "(...) ci si potrebbe chiedere se, ai sensi della

giurisprudenza suenunciata, almeno dal 13 settembre 2007 – data della decisione con cui l'Ufficio AI ha dato seguito alla domanda del 3 settembre 2007 volta ad ottenere una rendita per il figlio (doc. A/24, ciò che presuppone il diritto alla rendita d'invalidità del genitore ai sensi dell'art. 35 cpv. 1 LAI) e ha riconosciuto a \_\_\_\_\_ una rendita semplice per figli (di un beneficiario di rendita) per il periodo dal 1. agosto 2005 al 30 aprile 2006 (doc. A/25); nella già citata STF I 308/03 del 22 settembre 2003 l'Alta Corte non ha escluso la possibilità di fare iniziare il termine di perenzione di un anno dal momento in cui l'assicurato aveva chiesto una rendita per il figlio: ( “ (...) Es kann offen bleiben, ob die Ausgleichskasse, wie das BSV in seiner Vernehmlassung annimmt, bei der Überprüfung der Kinderrente hätte feststellen müssen, dass die Rente des Beschwerdeführers zu Unrecht ausbezahlt wurde (...)” (STF I 308/03 del 22 settembre 2003, consid. 3.2.2, la sottolineatura è del redattore) ) – l'Ufficio AI non sia incorso in un secondo errore che usando la dovuta diligenza avrebbe potuto e dovuto evitare. (...)” (doc. AI 91/11-12). 2.6. In conclusione, visto tutto quanto precede, è a ragione che l'Ufficio AI ha riconsiderato la decisione del 13 marzo 2003 e respinto la nuova domanda di prestazioni del 6 ottobre 2011. In questo senso la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'asse-gnazione 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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