

TI_GERICHTE 32.2013.60 vom 18. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.60

FR: TI_GERICHTE 32.2013.60 du 18 février 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.60 del 18 febbraio 2013

Regeste

Riduzione della rendita in via di revisione

Erwägungen

E. 5

e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Sul tema confronta la STF 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). Infine, va fatto presente che il TFA si è confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del 19 maggio 2006). 2.5. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, 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 suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. 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 revisione può in particolare giustificarsi se un altro metodo di valutazione d'invalidità s'impone (DTF 119 V 475 consid. 1b/aa con riferimenti; vedi anche STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, consid. 2, pure con riferimenti). Vi è motivo di revisione anche allorquando cambiano sensibilmente le circostanze (ipotetiche) che hanno determinato la scelta del metodo applicabile al calcolo del grado d'invalidità (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012, consid. 5.1). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (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; Meyer,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (art. 17 LPGA), pag. 379-380). 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 (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 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.

2.6. Nel caso in esame, con decisioni del 4 febbraio, 28 giugno e 29 settembre 2010 l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita intera dal 1. settembre 2006 essendo stato ritenuto, come risulta dalle motivazioni (cfr. doc. AI 88/1-2), inabile al 100% dal 12 settembre 2005 per qualsiasi attività (cfr. consid. 1.1). L'Ufficio AI aveva fondato il proprio provvedimento sulla base del rapporto d'esame clinico 9 giugno 2009 (doc. AI 74/1-5) nel quale i medici SMR dr. _____ e dr. _____, poste le diagnosi di "(...) • Stato dopo contusione traumatica cingolo • Lombalgia cronica su discopatia focale L4-L5 • Sindrome da impingement acetabolare coxofemorale destro (...)" (doc. AI 74/1), hanno espresso la seguente valutazione: " (...) Valutazione/conclusione: Assicurato di 43 anni in discrete condizioni generali. L'assicurato. ha sempre svolto attività di operaio montatore di tende dal 1999. Il 02.02.2005 mentre si trovava al proprio domicilio in _____ cadeva procurandosi un trauma contusivo della regione pelvica, lombosacrale e glutea destra. Successiva diagnosi di contusione lombare. Successiva valutazione RMN del rachide lombare il 04.10.2005 con dimostrazione di discopatia focale L4-L5 e successiva RMN del bacino eseguita il 03.01.2006 con evidenza di leggeri segni degenerativi del labbro acetabolare con possibile leggero impingement acetabolare. La valutazione clinica odierna permette di stabilire i seguenti limiti funzionali: - Deambulazione senza riposo massimo 500 metri - Posizione statica seduta o in piedi massimo 30 min. - Deve evitare la deambulazione su terreni sconnessi - Deve evitare situazioni di instabilità - Deve limitare il salire e il scendere le scale - Impossibile la posizione inginocchiata - Deve evitare movimenti ripetitivi di flessione, estensione e rotazione della schiena - Solleva abitualmente solo da piano orizzontale massimo kg 5 e saltuariamente massimo kg 10 In accordo con quanto già descritto dal Dr. _____ nel suo rapporto medico del 19.11.2007 l'assicurato presenta una completa incapacità lavorativa in ogni attività per la sintomatologia riferita che risulta comunque di non chiara interpretazione. Esistono successive contraddizioni tra quanto evidenziato nella perizia del Dr. _____ il 20.11.2008, dove viene evidenziato un Lasègue positivo a destra di 30°, che successivamente viene smentito dal Dr. _____ in data 23.03.2009. Nell'obiettività clinica descrive un Lasègue positivo. Risulta invece invariata la mobilitazione delle anche che rileva una flessioestensione ad oggi di 100-0-10 gradi con importante sintomatologia dolorosa già dall'inizio del movimento. Valutazione odierna invariata rispetto alla

valutazione del Dr. _____ sempre in data 23.03.2009. La discopatia focale L4-L5 non giustifica completamente la sintomatologia riferita dall'assicurato. Inoltre, anche il leggero impingement acetabolare destro evidenziato nella RMN del 03.01.2006 non è in grado di giustificare completamente quanto riferito dall'assicurato. La diagnosi risulta ancora essere incerta. La prognosi risulta quindi altrettanto incerta. L'origine del dolore, pur essendo clinicamente difficile da giustificare, determina come conseguenza una sintomatologia limitante fino a giustificare una completa incapacità lavorativa. Risulta opportuna rivalutazione clinica a distanza di 12 mesi dalla data odierna così da poter evidenziare l'evoluzione e le eventuali risorse lavorative esigibili. Si somministra all'assicurato test SF36 con referto allegato e test ODI con esito di 52 %. (...)" (doc. AI 74/4-5)

Nell'annotazione del 15 marzo 2010 il dr. _____ aveva ancora ribadito: "(...) opportuna rivalutazione clinica ad un anno di distanza per evidenziare risorse lavorative esigibili e per meglio definire le diagnosi a giustificazione di una sintomatologia di non chiara interpretazione. (...)" (doc. AI 85/1).

2.7. Nell'ambito della revisione intrapresa nel marzo 2011 (doc. AI 104/1) dagli accertamenti medici predisposti dall'Ufficio AI è risultato quanto segue. Il dr. _____, FMH in neurologia, nella perizia del 29 luglio 2011 (doc. AI 118/1-9) – riassunta la documentazione medica a disposizione e esposte la raccolta dei dati anamnestici e la valutazione obiettiva –, ha concluso: "(...) Il signor RI 1 presenta una sintomatologia dolorosa lombare e sciatalgia, già ampiamente investigata ed imputata ad una probabile sintomatologia dolorosa su verosimile neuropatia dei nervi clunei destra e dolori persistenti lombo-sacrali irradianti all'arto inferiore destro nel contesto di disturbi di tipo degenerativo della colonna lombare e discopatia L4-L5. Già in passato si è messo l'accento sulla relativa esiguità delle costatazioni oggettive, in rapporto all'importante sintomatologia, che rendeva qualsiasi attività lavorativa impossibile e la discrepanza dei sintomi rispetto agli esami eseguiti, per cui dei fattori extra medici e psichici avrebbero giocato un ruolo determinante nell'evoluzione della presentazione. A distanza di diversi anni da queste valutazioni la sintomatologia soggettiva non si è per nulla modificata, si è anzi ulteriormente cronicizzata e consolidata, con importante e manifesta ripercussione anche nella sfera dell'umore ed esplicitazione di chiara deflessione della timia. Oggettivamente e neurologicamente non si riscontrino ora particolari deficit evocatori di una radicolopatia o deficit troncolari nervosi, si riscontra un'aspecifica limitazione della mobilità della colonna lombare in presenza di dolori diffusi e sindrome miofasciale, in presenza all'esame di risonanza magnetica unicamente una discopatia focale L4-L5, con protrusione a base larga del disco, ma senza contatti con le strutture nervose. Quindi anche in questo momento l'entità delle lamentele appare sproporzionata rispetto alle costatazioni oggettive somatiche. Dal punto di vista psicologico, già nel 2008 gli esperti del Centro _____ di _____ ipotizzavano la presenza di fattori psichici, allo stato attuale questi sono praticamente certi, in presenza di tratti di depressione latente, probabilmente reattiva, la cui elaborazione personale risulta ulteriormente aggravata e complicata da una serie di fattori psicosociali quali situazione sociale ed economica disagiata, mancanza di una formazione professionale approfondita, mancanza di un posto di lavoro fisso da parte della moglie (nonostante abbia verosimilmente le potenzialità per trovare un posto di lavoro fisso), dipendenza dalla rendita AI per il sostentamento dei coniugi e dei figli a _____ e infine estrema lontananza dal centro affettivo principale, senza un progetto concreto di riunione del nucleo familiare. Le diagnosi che limitano la capacità lavorativa residua sono rimaste pertanto invariate: sintomatologia dolorosa lombare e sciatalgia, già ampiamente investigata ed imputata ad una probabile sintomatologia dolorosa su verosimile neuropatia

dei nervi cluneei destra e dolori persistenti lombo-sacrali irradianti all'arto inferiore destro nel contesto di disturbi di tipo degenerativo della colonna lombare e discopatia L4-L5. A cui si aggiunge una possibile manifestazione dolorosa somatoforme e depressione reattiva. Sul piano teorico le affezioni somatiche constatate non sono di natura tali da impedire una ripresa lavorativa in condizioni adeguate, tenendo conto di limitazioni quali un tempo di lavoro del 50% ripartito su tutta la giornata, che possa permettergli di intervallare il lavoro con le dovute pause e di eseguirlo con rendimento ridotto, limitazione nel sollevare pesi ripetutamente di max 10 Kg, possibilità di alternare la posizione seduta a quella in piedi, limitazione degli spostamenti a piedi a 200 m, su terreni piani e senza dover salire su scale a pioli o ponteggi. La ripresa del lavoro nella precedente attività sembra essere preclusa. Tuttavia il completo decondizionamento a qualsiasi attività lavorativa, l'esclusione da così tanti anni dal mercato del lavoro e la supposta problematica psicologica, rendono anche questa minima capacità lavorativa residua in pratica non esigibile. Inoltre in considerazione dell'estrazione culturale e delle capacità intellettuali dell'assicurato un processo di riqualifica in un'attività non prettamente manuale e non già nota all'assicurato risulterebbe improponibile. Dal punto di vista terapeutico in considerazione della cronificazione dei dolori non ritengo si possa proporre alcun atto sia medico che invasivo o seminvasivo, in quanto avrebbe un'esagerata probabilità di risultare vano. Qualora persistesse un'incertezza riguardo la veridicità o l'entità dell'affezione psichica, dovrebbe essere proposta una perizia di tipo psichiatrico. Resto a disposizione per chiarire eventuali punti rimasti in sospeso. (...)" (doc. AI 118/8-9) Il dr. _____ e la dr.ssa _____, direttore rispettivamente capo clinica del CPAS, nella perizia del 7 ottobre 2011 (doc. AI 122/1-8), posta la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4), hanno espresso la seguente valutazione: " (...) Siamo confrontati con un uomo di quasi 46 anni, di origine _____. La familiarità psichiatrica è negativa. Conclude le scuole dell'obbligo. Dai 16 ai 19 anni lavora col padre come contadino, in seguito come camionista. Non svolge il servizio militare poiché a _____ non è obbligatorio. Ottiene la patente di guida senza difficoltà. Nel 1998 si sposa; la coppia ha due figli di 25 e 23 anni, che vivono a _____. Nel 1999 arriva in Svizzera, seguendo la moglie che ha trovato lavoro qui. Lavora come montatore di tende per 6 anni, fino all'infortunio. Da allora non lavora. Vive con la moglie; beneficia della rendita di invalidità. Nel luglio 2006 fa richiesta di prestazioni all'UAI, riportando i disturbi fisici insorti dopo l'infortunio. Sulla base della valutazione effettuata il dai medici SMR _____ e _____ nel giugno 2009, viene attribuita una rendita di invalidità piena dal settembre 2006. Alla successiva revisione l'assicurato riferisce uno stato di salute invariato. Il medico SMR Dr. _____ richiede una perizia reumatologica e neurologica. Il neurologo Dr. _____ ritiene che la sintomatologia dolorosa non sia del tutto spiegabile dal punto di vista organico e suggerisce la possibilità che sussistano una sindrome somatoforme da dolore persistente ed una depressione reattiva (elenca alcuni fattori psicosociali quali problemi economici, assenza di una formazione, lontananza dagli affetti). Per il quadro neurologico certifica una IL del 50% ripartita su tutta la giornata (rendimento ridotto). Si richiede una perizia psichiatrica. L'attuale valutazione documenta la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente. L'esame psichico ci confronta con una persona curata, lucida, orientata e collaborante. Le funzioni cognitive superiori attenzione, concentrazione e memoria non appaiono sensibilmente compromesse; dal punto di vista cognitivo è persona semplice, ma non presenta deficit grossolani. Il comportamento non verbale è senza particolarità, a parte una posizione rigida ed una deambulazione condizionata dai dolori. Il linguaggio non

presenta alterazioni dal punto di vista formale. I contenuti concernono i disturbi fisici e le conseguenze sulla vita dell'assicurato. I vissuti associati non contemplano tristezza o angoscia di rilievo. L'immagine personale è buona, libera da sentimenti di colpa o inadeguatezza. La proiezione nel futuro vede il permanere dei disturbi fisici e quindi della condizione attuale. Sono assenti sintomi psicotici. Il livello di ansia libera è modesto. L'attendibilità è buona. Si sottolinea come l'assicurato espliciti fin dall'inizio dell'incontro di non avere problemi psichici e sia poco propenso ad una valutazione psichiatrica, ritenendo con questo di essere giudicato malato di mente; si ritiene che questo non abbia però comportato una banalizzazione o negazione di un disagio psichico esistente. La critica di malattia rispetto alla possibile componente psichica dei sintomi fisici è nulla. Soggettivamente l'assicurato riporta come unica problematica quella fisica, che ritiene peggiori con gli anni. Riferisce un umore buono, un sonno caratterizzato da occasionali risvegli a causa dei dolori ma adeguato per ore di riposo e ristoratore, assenza di problemi di alimentazione, concentrazione, attenzione, memoria. Conserva una buona rete sociale, che coltiva attivamente. Riporta una certa preoccupazione, presente prima di ottenere la rendita di invalidità, poiché quella che derivava dal suo lavoro era l'unica entrata economica; anche in quel periodo non vi erano disturbi delle funzioni biologiche o cognitive e non ha mai sentito la necessità di assumere medicinali psichiatrici. La moglie, interrogata in merito, conferma quanto asserito dal marito. La descrizione della giornata è coerente coi dati oggettivi e soggettivi sopra indicati e vede l'assicurato limitato in alcune attività (per esempio uscire, guidare, passeggiare) a causa dei disturbi fisici; compatibilmente con questi, coltiva comunque i propri interessi ed amicizie, traendone piacere e beneficio. Complessivamente sia l'assicurato che la moglie riportano una certa preoccupazione nel passato per i dolori, che l'assicurato collega anche ad una valutazione (realistica) delle conseguenze negative sul piano economico della propria inattività professionale. Da quanto riferito non si sono mai accompagnati ad altri sintomi e non hanno mai avuto rilevanza tale da richiedere consulti medici o di altro tipo. Attualmente si sono mitigati e si sta costruendo un certo adattamento alla situazione. La valutazione della struttura mentale è compatibile con lo sviluppo di un disturbo somatoforme, poiché l'assicurato presenta scarse capacità di mentalizzazione e quindi è verosimile che manifesti un disagio attraverso il corpo. Discutendo i criteri di Foerster si evince come non sussista una comorbidità psichiatrica né una presa a carico in tal senso e sia conservata un'integrazione sociale discreta. Rispetto al carattere cronico del disturbo somatoforme non è possibile esprimersi in quanto è arduo datarne l'esordio. Si sottolinea come sia l'assicurato che la moglie mostrino un certo disagio nei confronti della valutazione psichiatrica e rifiutino la possibilità che l'assicurato venga connotato come "malato di mente". L'esame peritale ha tenuto particolarmente conto dell'eventualità che queste rappresentazioni mentali abbiano determinato una banalizzazione o negazione di un disagio psichico in realtà esistente, fatto che però si esclude, per cui si ritiene la valutazione attendibile. Si valuta pertanto che non sussistano limitazioni psichiche alla capacità lavorativa. B. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1. Descrizione di risorse e deficit Non vi sono limitazioni psichiatriche alla capacità lavorativa 2. Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta Capacità lavorativa piena dal punto di vista psichiatrico 3. Periodi di inabilità lavorativa accertabili Non ne sussistono, dal punto di vista psichico C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' D'INTEGRAZIONE 1. Indicazioni mediche per interventi di integrazione Non entrano in merito, poiché non vi sono limitazioni dal punto di vista psichiatrico 2.

Possibilità di migliorare la

capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale. Non sussiste, non avendo l'assicurato un'occupazione 3. Capacità di lavoro per altre attività Capacità lavorativa piena dal punto di vista psichico per ogni attività. (...)" (doc. AI 122/6-8) Nelle annotazioni 26 luglio 2012 (doc. AI 136/1) – avuto riguardo al rapporto medico 30 novembre 2011 del dr. _____ (doc. AI 129/1-6), FMH in neurochirurgia – il dr. _____ ha confermato il precedente rapporto finale SMR dell'11 ottobre 2011 con il quale (posta la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di "(...) sindrome lombo-sciatalgica su verosimile neuropatia dei nervi clunee destra e dolori persistenti lombo-sacrali irradianti all'arto inferiore destro nel contesto di disturbi di tipo degenerativo della colonna lombare e discopatia L4-L5 (...)" (doc. AI 123/1), ritenuta un'incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività dal 9 giugno 2005 (ndr. recte: dal settembre 2005; vedi la comunicazione del 18 marzo 2010 e la delibera del 23 marzo 2010 sub. doc. AI 86/1 e 87/1-2) e del 50% in un'attività adeguata dal 13 maggio 2011 e poste le seguenti ulteriori limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale: "(...) limitazione nel sollevare pesi ripetutamente di max 10 kg. Possibilità di alternare la posizione seduta a quella in piedi, limitazione degli spostamenti a piedi a 200 m, su terreni piani senza dover salire scale a piolo o ponteggi. (...)" (doc. AI 123/2)) ha attestato uno stato di salute migliorato. Nell'annotazione 2 ottobre 2012 (doc: AI 144/1) il dr. _____ ha confermato il miglioramento attestato dal dr. _____ rilevando: " (...) Valutazione clinica e rapporto finale SMR del 09.06.2009 definita IL 100% in ogni attività. Veniva indicata rivalutazione clinica a distanza di 12 mesi. Come descritto nell'annotazione SMR del 6.9.12 (Dr. _____) si documenta perizia neurologica Dr. _____ e perizia psichiatrica. Viene definita dal punto di vista neurologico un rendimento ridotto del 50% in attività rispettosa dei limiti funzionali. Nessuna IL giustificata dal punto di vista psichiatrico. Dalla perizia neurologica è possibile oggettivare un miglioramento dello stato di salute con il confronto dell'obiettività SMR del 9.6.12 (n.d.r. recte: 9.6.09). IL 50% (rendimento ridotto) esigibile dal 13.05.2011 come descritto nel successivo rapporto SMR del 11.10.2011. Miglioramento documentato da quanto clinicamente oggettivato ed emerso dal confronto degli esami obiettivi. Anche il Dr. _____ perito neurologo nella perizia identificava una discrepanza tra sintomatologia riferita e oggettività clinica. (...)" (doc. AI 144/1) Ancora il dr. _____, visto il rapporto del 16 gennaio 2013 del dr. _____ (doc. AI 154/1-6), nell'annotazione 12 febbraio 2013 ha concluso che "(...) quanto descritto dal Dr. _____ risulta coerente con le IL definite nel rapporto finale SMR del 11.10.2011. Non vengono documentate nuove diagnosi e non vengono certificati periodi di IL. Resta quindi valido quanto già definito nel rapporto finale SMR. (...)" (doc. AI 156/1). 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Inoltre, in DTF 125 V 351, la nostra 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 (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354) . In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) " (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010 , consid. 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 poi 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, STF A I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.9. 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 medici SMR, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore tenuto conto delle risultanze peritali, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce, dopo un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal settembre 2005 (cfr. consid. 2.7 e doc. AI 86/1 e 87/1-2), una capacità lavorativa del 50%

dal 13 maggio 2011 (data della visita presso il dr. _____; cfr. doc. AI 118/1) in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. Quanto all'evoluzione nel tempo, viste le risultanze della documentazione medica agli atti, e meglio: • la valutazione 19 novembre 2007 (doc. AI 28/1-2) nella quale il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica e ortopedia, ha, in particolare, evidenziato che "(...) se si dovesse valutare quindi l'esigibilità e la capacità lavorativa in base soltanto ai reperti si potrebbe sicuramente dire che il paziente è abile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa. Personalmente tuttavia non penso che ciò corrisponda a verità. Dopo discussione con il medico dell'AI Dr. _____ auspico fortemente che il paziente venga peritato in ambito multidisciplinare eventualmente in ambiente universitario anche con una breve degenza per una perizia approfondita dalla quale dovrebbe emergere una diagnosi precisa, la terapia e la esigibilità dal punto di vista lavorativo. (...)” (doc. AI 27/2); • la perizia 20 novembre 2008 del CEMED SA (doc. AI 55/1-16) nella quale il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, ha concluso che "(...) En résumé, l'examen orthopédique ne permet pas de mettre en évidence une pathologie explicative des douleurs. Initialement il a été posé le diagnostic de contusion lombaire, une compostante neurologique a été soupçonnée, mais a été par la suite infirmée, comme toutes autres données objectives. Le tableau est donc celui d'un accident banal avec symptomatologie subséquente, qui contre toute logique tend à augmenter avec le temps, symptomatologie par ailleurs résistante au traitement, sans qu'une démonstration claire de facteurs objectives ait pu être faite. Dans une logique semblable à celle de la _____, il peut être affirmé que sur le plan orthopédique les plaintes ne sont pas en relation avec une pathologie ostéo-articulaire avérée et démontrée. Il y a probablement présence de facteurs extra médicaux et psychiques qui ont joué un rôle dans l'évolution. Ceci ne peut être confirmé qu'au travers d'une expertise psychiatrique, voire mieux, pluridisciplinaire avec un rhumatologue. (...)” (doc. AI 55/14); • il rapporto medico 9 giugno 2009 (doc. AI 74/1-5) nel quale i medici SMR dr. _____ e dr. _____ hanno posto la seguente raccomandazione: "(...) In accordo con quanto già descritto dal Dr. _____ nel suo rapporto medico del 19.11.2007 l'assicurato presenta una completa incapacità lavorativa in ogni attività per la sintomatologia riferita che risulta comunque di non chiara interpretazione. Esistono successive contraddizioni tra quanto evidenziato nella perizia del Dr. _____ il 20.11.2008, dove viene evidenziato un Lasègue positivo a destra di 30°, che successivamente viene smentito dal Dr. _____ in data 23.03.2009. Risulta invece invariata la mobilizzazione delle anche che rileva una flessione-estensione ad oggi di 100-0-10 gradi con importante sintomatologia dolorosa già dall'inizio del movimento. Valutazione odierna invariata rispetto alla valutazione _____ sempre in data 23.03.2009. La discopatia focale L4-L5 non giustifica completamente la sintomatologia riferita dall'assicurato. Inoltre, anche il leggero impingement acetabolare destro evidenziato nella RNM del 03.01.2006 non è in grado di giustificare completamente quanto riferito dall'assicurato. La diagnosi risulta ancora essere incerta. La prognosi risulta quindi altrettanto incerta. L'origine del dolore, pur essendo clinicamente difficile da giustificare, determina come conseguenza una sintomatologia limitante fino a giustificare una completa incapacità lavorativa. Risulta opportuna rivalutazione clinica a distanza di 12 mesi dalla data odierna così da poter evidenziare l'evoluzione e le eventuali risorse lavorative esigibili. (...)” (doc. AI 74/2, le sottolineature sono del redattore) e l'annotazione 15 marzo 2010 nella quale il dr. _____ ha ribadito: "(...) Opportuna rivalutazione clinica ad un anno di distanza per evidenziare risorse lavorative esigibili e per meglio definire le diagnosi a giustificazione di una sintomatologia di non chiara interpretazione.

(...)" (doc. AI 85/1); • la perizia del 29 luglio 2011 (doc. AI 118/1-9) nella quale il dr. _____ ha concluso che "(...) il signor RI 1 presenta una sintomatologia dolorosa lombare e sciatalgia, già ampiamente investigata ed imputata ad una probabile sintomatologia dolorosa su verosimile neuropatia dei nervi clunei destra e dolori persistenti lombo-sacrali irradianti all'arto inferiore destro nel contesto di disturbi di tipo degenerativo della colonna lombare e discopatia L4-L5. Già in passato si è messo l'accento sulla relativa esiguità delle costatazioni oggettive, in rapporto all'importante sintomatologia, che rendeva qualsiasi attività lavorativa impossibile e la discrepanza dei sintomi rispetto agli esami eseguiti, per cui dei fattori extra medici e psichici avrebbero giocato un ruolo determinante nell'evoluzione della presentazione. A distanza di diversi anni da queste valutazioni la sintomatologia soggettiva non si è per nulla modificata, si è anzi ulteriormente cronicizzata e consolidata, con importante e manifesta ripercussione anche nella sfera dell'umore ed esplicitazione di chiara deflessione della timia. Oggettivamente e neurologicamente non si riscontrano ora particolari deficit evocatori di una radicolopatia o deficit troncolari nervosi, si riscontra un'aspecifica limitazione della mobilità della colonna lombare in presenza di dolori diffusi e sindrome miofasciale, in presenza all'esame di risonanza magnetica unicamente una discopatia focale L4-L5, con protusione a base larga del disco, ma senza contatti con le strutture nervose. Quindi anche in questo momento l'entità delle lamentele appare sproporzionata rispetto alle costatazioni oggettive somatiche. [...] Sul piano teorico le affezioni somatiche costatate non sono di natura tali da impedire una ripresa lavorativa in condizioni adeguate, tenendo conto di limitazioni quali un tempo di lavoro del 50% ripartito su tutta la giornata, che possa permettergli di intervallare il lavoro con le dovute pause e di eseguirlo con rendimento ridotto, limitazione nel sollevare pesi ripetutamente di max 10 kg, possibilità di alternare la posizione seduta a quella in piedi, limitazione degli spostamenti a piedi a 200 m, su terreni piani e senza salire su scale a pioli o ponteggi. La ripresa del lavoro nella precedente attività sembra essere preclusa. (...)" (doc. AI 118/8-9 la sottolineatura è del redattore); • la perizia 7 ottobre 2011 (doc. AI 122/1-8) nella quale il dr. _____ e la dr.ssa _____ hanno concluso che "(...) la valutazione della struttura mentale è compatibile con lo sviluppo di un disturbo somatoforme, poiché l'assicurato presenta scarse capacità di mentalizzazione e quindi è verosimile che manifesti un disagio attraverso il corpo. Discutendo i criteri di Foerster si evince come non sussista una comorbidità psichiatrica né una presa a carico in tal senso e sia conservata un'integrazione sociale discreta. Rispetto al carattere cronico del disturbo somatoforme non è possibile esprimersi in quanto è arduo datarne l'esordio. Si sottolinea come sia l'assicurato che la moglie mostrino un certo disagio nei confronti della valutazione psichiatrica e rifiutino la possibilità che l'assicurato venga connotato come "malato di mente". L'esame peritale ha tenuto particolarmente conto dell'eventualità che queste rappresentazioni mentali abbiano determinato una banalizzazione o negazione di un disagio psichico in realtà esistente, fatto che però si esclude, per cui si ritiene la valutazione attendibile. Si valuta pertanto che non sussistano limitazioni psichiche alla capacità lavorativa. (...)" (doc. AI 122/8 la sottolineatura è del redattore); questo Tribunale non ha motivo per scostarsi dalla valutazione del dr. _____ che – interpellato espressamente, quale specialista redattore del rapporto medico SMR del 9 giugno 2009 (cfr. doc. AI 74/1-5), in merito al miglioramento dello stato di salute attestato dal dr. _____ nel rapporto finale dell'11 ottobre 2011 (cfr. doc. AI 123/1-3 e 142/1) –, nell'annotazione 2 ottobre 2012 ha confermato il miglioramento dello stato di salute precisando che "(...) dalla perizia neurologica è possibile oggettivare un miglioramento dello stato di salute con il confronto

dell'obiettività SMR del 9.6.12 (ndr. recte: 9 giugno 2009) . IL 50% (rendimento ridotto) esigibile dal 13.05.2011 come descritto nel successivo rapporto SMR del 11.10.2011. Miglioramento documentato da quanto clinicamente oggettivato ed emerso dal confronto degli esami obiettivi. Anche il Dr. _____ perito neurologo nella perizia identificava una discrepanza tra sintomatologia riferita e oggettività clinica. (...)” (doc. AI 144/1 la sottolineatura è del redattore). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo ai certificati medici con i quali il dr. _____, FMH in neurochirurgia, l'8 novembre 2012 ha preavvisato una RM (cfr. doc. AI 148/1), il 13 novembre 2012 – dopo aver evidenziato che “(...) una RM effettuata il 19.11.12 riconferma la discopatia in L4/5 con una notevole disidratazione e protusione a base larga leggermente più pronunciata a dx per cui nell'ambito di un'eventuale bulging discale un'irritazione radicolare è possibile. Tuttavia nella RM una compressione radicolare non è evidente. Presenza di un'artrosi importante delle faccette articolari. (...)” (doc. AI 149/1) – ha proposto un'infiltrazione della faccetta L4/5 (cfr. doc. AI 149/1) e il 3 dicembre 2012 (senza tuttavia confrontarsi con la perizia del dr. _____) ha concluso che “(...) in considerazione di quanto sopra ritengo che molto probabilmente un intervento di fissazione protettiva del segmento L4/5 vada preso in considerazione. Date le circostanze ritengo che il paziente presenti un'inabilità lavorativa nella misura del 60-70% e questo probabilmente in maniera definitiva in quanto anche dopo un intervento di fissazione protettiva molto probabilmente ci sarà una riduzione dei dolori ma la capacità lavorativa rimarrà invariata. (...)” (doc. AI 151/1). Inoltre, così richiesto (cfr. doc. AI 153/1), il dr. _____ ha trasmesso il rapporto sulla revisione delle prestazioni del 16 gennaio 2013 (cfr. doc. AI 154/1-6) e al riguardo il dr. Posa, nell'annotazione del 12 febbraio 2013, ha osservato che “(...) quanto descritto dal Dr. _____ risulta coerente con le IL definite nel rapporto finale SMR del 11.10.2011. Non vengono documentate nuove diagnosi e non vengono certificati periodi di IL. Resta quindi valido quanto già definito nel rapporto finale SMR. (...)” (doc. AI 156/1). Del resto, invitato espressamente a formulare osservazioni scritte sulle annotazioni del 2 ottobre 2012 e del 12 febbraio 2013 (V), l'assicurato è rimasto silente (cfr. consid. 1.5). Il ricorrente non ha nemmeno prodotto l'ulteriore documentazione medica preannunciata con il ricorso: “(...) Abbiamo l'intenzione di voler far eseguire una perizia medica specialistica, in quanto ci sembra che la decisione presa dall'AI non sia sostenibile. (...)” (I). Alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti “entro un termine ragionevole”, si deve concludere che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici (cfr., al riguardo, STF 8C_45/2010 del 26 marzo 2010, con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del

E. 10

dicembre 2009). In conclusione – ricordato che contestualmente alle decisioni con cui ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera l'Ufficio AI aveva già ritenuto necessario procedere ad una revisione entro un anno vista la sintomatologia di non chiara interpretazione (cfr. consid. 1.1 e il rapporto medico 9 giugno 2009 con le annotazioni 15 marzo 2010 dei medici SMR dr. _____ e dr. _____ sopra riprodotti), considerato che nemmeno può essere ritenuto peggiorato (come sostenuto con il ricorso) lo stato di salute dato che il dr. _____ ha attestato una capacità lavorativa residua del 60/70% allorquando in precedenza l'amministrazione aveva ritenuto un'inabilità totale del 100% e ribadite le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti); la differente valutazione del dr. _____ in punto alla CL

residua è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia; cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, U 202/01 del 7 dicembre 2001 e consid. 2.8) – , rispecchiando tanto le perizie del dr. _____ e del CPAS quanto le valutazioni dei medici SMR tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e non essendo provato un peggioramento dopo il 13 maggio 2011 (data della visita del dr. _____) e prima del 18 febbraio 2013, a ragione l'Ufficio AI ha confermato un miglioramento dello stato di salute con capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal 13 maggio 2011.

2.10. Quanto alla valutazione economica, rimasta incontestata, il TCA si limita a rilevare quanto segue. Nel 2011 – partendo da un reddito annuo per il 2006 di fr. 54'600.-- indicati dall'ultimo datore di lavoro (doc. AI 5/1-3, in particolare il punto 7, fr. 4'200.-- per 13 mensilità) e aggiornati al 2011 (aumentati del 1.6% per il 2007, del 2% per il 2008, del 2.1% per il 2009, dello 0.8% per il 2010 e dell'1% per il 2011; cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali totali in La Vie économique 6-2012 pag. 95 e 10-2013 pag. 91) – si ottiene un reddito da valido di fr. 58'815.82. Nel 2011, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 61'924.62 (fr. 4'901.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2010] aggiornati al 2011 e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 10-2013, pag. 90-91] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Ritenuta una capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 5% – riduzione, questa, indicata nel progetto di decisione del 12 ottobre 2012 per le limitazioni espresse in sede medica nello svolgimento delle attività (cfr. doc. 145/1-4); il TCA può fare propria questa valutazione ancorché vada stigmatizzato il fatto che agli atti non figuri la relativa valutazione del consulente in integrazione – il reddito da invalido ammonta a fr. 29'414.19 (fr. 61'924.62 x 50% ridotti del 5% = fr. 29'414.19). Ritenuti un reddito da valido di fr. 58'815.82 e da invalido di fr. 29'414.19, si ottiene un grado d'invalidità del 50% ($(58'815.82 - 29'414.19) \times 100 : 58'815.82 = 49.98\%$ arrotondato al 50% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che da diritto ad una mezza rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3).

2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede – in particolare, il miglioramento dello stato di salute dal maggio 2011 e il grado d'invalidità del 50% (cfr. consid. 2.9 e 2.10) – , il ricorso va dunque respinto e la decisione impugnata confermata.

2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.