

TI_GERICHTE 32.2013.89 vom 7. Oktober 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-10-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.89

FR: TI_GERICHTE 32.2013.89 du 7 octobre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.89 del 7 ottobre 2013

Regeste

Rendita assegnata per tempo determinato. Riconosciuta decorrenza da un momento precedente. Parziale riconsiderazione della prima decisione da parte dell'Ufficio AI

Erwägungen

E. 6

cpv. 2 Lptca). Quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione. Se la stessa si fonda su elementi di fatto o di diritto notevolmente differenti, il Giudice delegato assegna al ricorrente un termine di 10 giorni per prendere posizione (art. 6 cpv. 3 Lptca). Questa norma ricalca sostanzialmente l'art. 53 cpv. 3 LPGA che prevede che "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". Secondo dottrina e giurisprudenza, una decisione pendente lite mette fine alla vertenza (e costituisce quindi la base per lo stralcio dai ruoli della procedura ricorsuale; sul punto cfr. Bosshardt/Kölz/Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechts-pfleugesetz des Kantons Zürich, 1999, pag. 737) solo nella misura in cui corrisponde alle richieste del ricorrente. Il litigio sussiste quindi nella misura in cui la nuova decisione non regola tutte le questioni nel senso voluto dall'insorgente; in tal caso l'autorità di ricorso deve entrare nel merito di quanto è rimasto indeciso, senza che l'insorgente debba impugnare il nuovo atto amministrativo (DTF 127 V 233 consid. 2.b/bb/, 113 V 237; RCC 1992 p. 123 consid. 5c; Kieser, ATSG Kommentar, 2010, ad. Art. 53 n. 47 p. 682). Infatti la nuova decisione è considerata impugnata ("mit angefochten") unitamente a quella contestata con il ricorso. Il giudice non può entrare nel merito di un ricorso nel frattempo inoltrato (a titolo cautelativo) contro la nuova decisione, ma deve considerarlo come proposta di giudizio (Pfleiderer in: Waldmann / Weissenberger (Hrsg.), VwVG Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2009, ad art. 58 n. 46, p. 1172 con riferimenti dottrinali e giurisprudenziali; Schläuri, Die Neuverfügung lite pendente in der Rechtsprechung des EVG, in: Schaffhauser/Schläuri (Hrsg.), Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, Schriftenreihe IRP-HSG, 2001, pp. 193 e 210). Rimangono tuttavia riservate le situazioni soggette alla protezione della buona fede (in argomento: cfr. STF 9C_809/2013 del 31 gennaio 2013). Infine, nel caso di incertezze o insicurezze a sapere se le richieste ricorsuali corrispondano pienamente alla nuova decisione in modo tale da rendere priva di oggetto la procedura di ricorso, alle parti – ai fini del loro diritto di essere sentito – va concesso uno scambio di allegati (Pfleiderer, op. cit., cit., ad art. 58 n. 48, p. 1172 con riferimenti). Il citato art. 6 Lptca enuncia i medesimi principi, ricalcando quanto previsto dall'art. 58 PA. A tale proposito l'Alta Corte ha dichiarato compatibile con il diritto federale il fatto che i Cantoni prevedano una procedura corrispondente all'art. 58 PA, fondandosi su delle disposizioni esplicite o seguendo per

analogia una certa prassi (DTF 127 V 94 consid. 2; RCC 1992 p. 123 consid. 5a, DTF 103 V 109 consid. 2). 2.3. Nella fattispecie, la decisione resa pendente lite dall'amministrazione non mette fine alla vertenza in quanto non corrisponde pienamente alle richieste del ricorrente. Mentre infatti l'Ufficio AI, dopo aver riconosciuto mediante la decisione impugnata del 11/21 marzo 2013 una rendita intera dal 1. ottobre 2010 (con versamento solo dal 1. dicembre 2010) al 31 agosto 2011, con il provvedimento 24 maggio 2013 ha attribuito il diritto alla prestazione intera anche e nuovamente dal 1. settembre 2012 (cfr. consid. 1.3), il ricorrente postula il versamento della rendita anche per il periodo dal 1. settembre 2011 al 31 agosto 2012. Il Tribunale deve pertanto entrare nel merito della lite, ritenuto che oggetto del contendere è dunque sapere per quali periodi il ricorrente ha diritto a prestazioni, rispettivamente sapere se a ragione l'amministrazione ha concesso all'assicurato una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. ottobre 2010 (versata dal 1. dicembre 2010) al 31 agosto 2011, rispettivamente nuovamente dal 1. settembre 2012, come proposto dall'Ufficio AI nella risposta di causa. In definitiva si tratta di esaminare se a giusto titolo la prestazione è stata soppressa dal 1. settembre 2011 al 31 agosto 2012. 2.4. 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 a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita se ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (e, per la lett. c, se al termine di questo anno è invalido [art. 8 LPGa] almeno al 40%). Secondo il cpv. 2 del medesimo art. 28 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa. 2.5. Per costante giurisprudenza

quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; K 12/04 del 14 aprile 2005). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che 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. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 ss. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.6. Nell'evenienza concreta, ricevuta la domanda di prestazioni del giugno 2010, l'amministrazione ha esaminato i vari certificati medici agli atti, in particolare quelli resi il 24 giugno 2010 dal dr. _____, neurochirurgo (per il quale l'assicurato, in attesa di essere operato, era completamente inabile al lavoro, doc. AI 47) e il 13 luglio 2010 dal medico curante dr. _____, generalista. Nel suo rapporto all'AI del 26 settembre/19 ottobre 2010 il dr. _____ ha attestato la presenza di " stabilizzazione posteriore L4/L5, 2007", ritenendo l'assicurato inabile in misura completa dal 12 novembre 2006 per periodo indefinito e da rivalutare dopo sei mesi (doc. AI 57-3). Dagli atti risulta altresì che l'assicurato è stato operato alla schiena il 7 febbraio 2011 (doc. AI 65). Il dr. _____, poste le diagnosi di instabilità segmentaria e acne inversa, nel rapporto all'AI del 25 maggio 2011 l'ha dichiarato inabile in misura completa dal 5 ottobre 2009 (doc. AI 68-2). L'Ufficio AI, dopo aver sentito il medico SMR (doc. AI 80), ha ordinato una perizia multidisciplinare a cura del SAM. Dal referto dell'8 febbraio 2012 (doc. AI 84) risulta che i periti SAM hanno fatto capo a quattro consultazioni specialistiche esterne, di natura dermatologica (dr. _____), psichiatrica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____) e posto le seguenti diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Idradenite suppurativa detta anche acne inversa o idrosadenite o malattia di Verneuil 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome del tunnel carpale di entità media Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra (in esiti da PLIF L5/S1 l'8.3.2007 per instabilità segmentaria L5/S1 su spondilolistesi di primo grado con spondilolisi, esiti da decompressione con fusione L4/L5 da destra con prolungamento rostrale in L4/L5 della

precedente stabilizzazione, il 7.2.2011, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso 88 kg / statura 160 cm), Periartropatia omeroscapolare anamnestica bilaterale, Achillobiomecrosi bilaterale in sbilancio muscolare, obesità (peso 88 kg / statura 160 cm) Personalità normotipica, senza patologie psichiatriche o segni di neuroticismo clinicamente rilevanti Anemia (modica) macrocitaria non chiarita." Hanno quindi ritenuto l'assicurato abile al 70% nell'attività lavorativa da ultimo svolta di funzionario di banca così come in altre attività adeguate, osservando: " (...)

7 VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITÀ LAVORATIVA Dal punto di vista medico-teorico globale, l'A. presenta una capacità lavorativa del 70% nell'attività da ultimo esercitata in qualità di funzionario di banca presso la _____ di _____. 8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ

LAVORATIVA Dal punto di vista dermatologico, sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico e dello status dermatologico, il nostro consulente pone la diagnosi di idradenite suppurativa o malattia di Verneuil. Tale patologia è un processo infiammatorio cronico e ricorrente delle ghiandole apocrine, caratterizzata dalla presenza di noduli follicolari profondi spesso molto dolorosi, accompagnati da pustole, papule, ascessi, fistole, localizzati principalmente nelle regioni delle grandi pieghe quali ascelle, inguine, regione perineale e rima anii. La patologia come detto sopra è cronica e alterna delle fasi di riacutizzazione a delle fasi di quiescenza. Dal punto di vista dermatologico, secondo il nostro consulente, attualmente non vi è una chiara diminuzione della capacità lavorativa, anche se in una situazione come quella del momento attuale, l'A. presenta un'incapacità lavorativa del 30%. Dal punto di vista reumatologico, sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta e dell'esame clinico, il nostro consulente pone le diagnosi da noi riassunte al capitolo 5. Tali patologie comportano delle limitazioni per quanto concerne il sollevamento e il trasporto di carichi molto pesanti fino all'altezza dei fianchi, il sollevamento di carichi particolarmente pesanti sopra l'altezza del petto e il maneggiare attrezzi soprattutto pesanti e molto pesanti. Secondo il nostro consulente reumatologo, l'A., nel suo ultimo impiego di funzionario di banca, premettendo che l'attività permetta di alternare le posizioni corporee senza dover interrompere la produttività, giudica l'A. abile al lavoro in misura completa con un rendimento massimo del 100% a partire dal 7.5.2011. Infine, dal punto di vista neurologico e psichiatrico non vi sono patologie tali da giustificare una diminuzione della capacità lavorativa. Sulla base di quanto descritto sopra, giungiamo alla conclusione che l'A. globalmente da un punto di vista fisico e psichico l'A. presenta un'incapacità lavorativa del 30% nello svolgimento dell'attività che ha da ultimo esercitato in qualità di funzionario di banca presso la _____ di _____. 9 CONSEGUENZE SULLA

CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Dal punto di vista reumatologico, l'A. presenta: " Per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, l'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltre 25 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, di rado maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, molto spesso assumere la posizione ingocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può

assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli." Tenendo in considerazione le valutazioni dermatologica (diagnosi di idradenite suppurativa con alternanza di fasi di quiescenza a fasi di riesacerbazione in malattia tendenzialmente cronica), la valutazione reumatologica, neurologica e psichiatrica, giungiamo alla conclusione che l'A. presenta un'incapacità lavorativa del 30% in un'attività lavorativa adatta allo stato di salute, che tenga in considerazione tutte le limitazioni descritte sopra. Altresì, in qualità di casalingo, l'A. presenta una capacità lavorativa completa; in quanto la limitazione, al di là del dolore locale nelle fasi particolarmente acute della patologia dermatologica, non è tale da impedire un lavoro leggero, eseguito senza impegno di tempo o di aspetto (presenza) come quello di un lavoro casalingo. Per quanto riguarda le possibilità terapeutiche, possiamo fare le seguenti considerazioni: - secondo il nostro consulente dermatologo, l'A. potrebbe beneficiare per la terapia dell'idradenite suppurativa di medicinali con Dapsone, antitubercolari, Botox, medicinali biologici, luce pulsata e lasers particolari. Le suddette possibilità terapeutiche sono ben più efficaci di quelle eseguite finora (terapia con isotretinoina); in particolar modo la terapia combinata con Botox e medicinali biologici determina effetti sananti sulla malattia in questione. Il nostro consulente reumatologo auspica una correzione del sovrappeso corporeo, che di fatto va a sovraccaricare il tratto lombosacrale della colonna, spesso sede talora di dolori intensi nell'A. Da un punto di vista neurologico, il nostro consulente, per quanto concerne la sindrome del tunnel carpale, comunque paucisintomatica, suggerisce un approccio chirurgico in base ai dati ENG menzionati sopra, con l'intervento la sindrome del tunnel carpale dovrebbe comunque risolversi completamente. (...)” (doc. AI 84/21-26) Risulta dagli atti che nel febbraio, marzo, maggio e giugno 2012 l'assicurato ha subito interventi di incisioni e drenaggi di ascessi (su morbo di Verneuil) all' _____, sede Ospedale _____, con rispettive degenze ospedaliere (doc. AI 88, 94, 96 e 97, 102 e 103). Nel rapporto finale 22 giugno 2012 il medico SMR dr. _____, posta la diagnosi invalidante di “Idradenite suppurativa detta anche acne inversa o idrosadenite o malattia di Verneuil, resezione di lesione inguinale il 15 febbraio e 8 marzo 2012, Pulizia/asportazione di ascesso in sede toracica il 11 maggio e 2 giugno 2012”, oltre a altre diagnosi non invalidanti, ha concluso per un'inabilità lavorativa completa dal 5 ottobre 2009 al 7 maggio 2011 e in seguito del 30%, osservando che: " La patologia cutanea potrebbe motivare delle IL maggiori ma sul lungo periodo si giustifica una media del 30% di limitazione nel rendimento o tempo globale sul lungo periodo. Le attuali misure dal 2.2012 al 6.2012 hanno causato interventi terapeutici pulsatili ovvero pochi giorni con IL 100 e intervalli senza IL per cui non si giustifica una maggiore limitazione sul lungo periodo." (doc. AI 99-4) Il 10-12 luglio 2012 l'assicurato ha subito un nuovo intervento di incisione e asportazione di ascessi, sempre conseguenti al Morbo di Verneuil (doc. AI 103). Dopo aver interpellato il consulente professionale (rapporto del 17 agosto 2012, doc. AI 104-1), mediante progetto di decisione del 28 agosto 2012 l'Ufficio AI ha concluso che, ammessa un'inabilità lavorativa completa dal 5 ottobre 2009 al

E. 7

maggio 2011 e del 30% in seguito, andava riconosciuta una rendita intera dal 1. ottobre 2010 (erogata tuttavia solo dal 1. dicembre 2010 essendo la domanda tardiva) al 31 agosto 2011 (ossia tre mesi dal miglioramento dello stato di salute) (doc. AI 105). In un rapporto

del 21 settembre 2012 il dr. _____, vice primario di chirurgia dell' _____, ha informato che da fine 2011 la frequenza delle consultazioni presso il suo servizio per la problematica di idrosadenite suppurativa era molto aumentata, con apparizione degli ascessi non solo a livello ascellare ed inguinale, ma anche su altre regioni corporee, in particolare al tronco. Rilevato come ad inizio 2012 il paziente fosse stato ricoverato due volte con necessità di trattamento di ascessi (ospedalizzazione dal 06.03.2012 al 18.03.2012 e in seguito trattamento aperto delle ferite), considerata l'assenza di remissione della malattia, da metà/fine 2011 egli non era più stato abile al lavoro (doc. AI 109/3-4; cfr. in esteso al consid. 2.6). In proposito il medico SMR dr. _____ ha osservato che le degenze subite dall'assicurato erano comunque brevi e non tali da comportare una limitazione globale e duratura (doc. AI 111). L'assicurato ha prodotto un certificato del 22 ottobre 2012 del dr. _____, neurochirurgo dell' _____, che ha affermato: "(...) Sulla scorta di ciò, il 7.2.2011, veniva effettuato un intervento di fusione e decompressione L4/L5, con approccio posteriore. Anche questa procedura non aveva portato a significativi miglioramenti dei dolori lombari, come pure dei dolori, per quanto incostanti, all'arto inferiore sinistro. Controlli seriati, radiologici e TC non avevano mostrato dislocazione dei mezzi di sintesi (una rottura della vite S1 a destra era già stata evidenziata prima del secondo intervento, era inoltre noto un modico alone di riassorbimento osseo attorno alle viti in S1, agli esami TC). La nostra ultima valutazione clinica risale a maggio 2012, inoltre abbiamo incontrato brevemente il paziente di recente e discusso della situazione clinica attuale. Quest'ultima è rappresentata dalla persistenza di lombalgie croniche, esacerbate dal mantenimento delle posizioni statiche, quindi sia in ortostatismo che da seduto, in associazione a dolori sporadici agli arti inferiori e necessità di sdraiarsi frequentemente; non sono peraltro presenti deficit neurologici. (...)” (doc. AI 115/2-3) In data 12 novembre 2012 il dr. _____ ha precisato che in considerazione della cronicizzazione dei dolori lombari, con impossibilità di mantenere per periodi prolungati la posizione seduta, come pure l'ortostatismo, l'incapacità lavorativa era da considerare totale da maggio 2011 a oggi (doc. AI 121-2). È stata prodotta agli atti anche una lettera del dr. _____ al dr. _____ del 1. febbraio 2013 con la quale, riferito della necessità di una nuova escissione di ascessi programmata il 5 febbraio seguente, ha sottolineato la necessità di rivalutare un'invalidità per il paziente non essendo “pensabile” che il paziente potesse riprendere un'attività lavorativa regolare “viste queste manifestazioni che necessitano regolari ospedalizzazioni con poi trattamento prolungato delle ferite” (doc. AI 129; doc. M). Dal 4 all'8 aprile 2013 l'assicurato è stato nuovamente ricoverato all' _____ per una nuova escissione di ascessi (doc. N). Sentito il medico SMR, l'Ufficio AI, mediante la decisione contestata del 11/21 marzo 2013, non ritenendo sostanzialmente comprovati elementi atti a determinare una rivalutazione clinica della capacità lavorativa, ha confermato il progetto di decisione (doc. AI 99). In sede ricorsuale, l'assicurato ha prodotto documentazione già agli atti oltre ad altre certificazioni. In particolare un certificato 15 aprile 2013 del dr. _____ attestante: "(...) Per quanto concerne "l'iter chirurgico" del Paziente, faccio riferimento al mio scritto precedente del 22.10.2012. Per quanto riguarda il contesto puramente clinico, possiamo sicuramente affermare che, anche dopo il secondo intervento chirurgico al rachide lombare (7.2.2011), a distanza di poche settimane, il Paziente ha nuovamente sviluppato una sintomatologia algica lombare, responsabile di una limitazione nelle attività della vita quotidiana. Da allora, abbiamo constatato una cronicizzazione dei dolori con tendenza al peggioramento, con caratteristiche esacerbazioni sporadiche. In considerazione dell'entità dei dolori e della loro persistenza, riteniamo che,

sin da quel periodo, l'attività lavorativa, anche in posizioni statiche, sia stata e sia a tutt'oggi difficilmente esigibile; riteniamo che i dolori siano causati in gran parte da una sindrome di insufficienza/instabilità segmentaria a livello L4/L5 ed L5/S1, in un contesto di pseudo-artrosi. In considerazione di ciò, pur non sussistendo nuove opzioni chirurgiche, non possiamo escludere ulteriore peggioramento in futuro." (doc. F) Inoltre un certificato del dr. _____ del 3 aprile 2013 del seguente tenore: "(...) Da settembre 2012 il paziente ha avuto nuovamente manifestazioni ascessuali della malattia che sono state in trattamento medicamentoso anche tramite il Dr med. _____ (FMH dermatologia). Questa terapia non ha però portato l'effetto sperato ed il 05.02.2013 si è dovuto procedere ad una nuova escissione di diversi ascessi. Il decorso è stato inizialmente favorevole con però cura di ferita aperta durata oltre sei settimane. Attualmente il paziente lamenta una nuova manifestazione della malattia con nuova comparsa di zone flogistiche. Per questo motivo ribadisco il fatto che il paziente non è abile alla ripresa di un'attività lavorativa. A fine gennaio 2013 avevo discusso del caso del signor RI 1 anche con il Dr med. _____. Visto l'aumento della frequenza degli episodi di manifestazione infiammatorie che non portano ad un periodo di remissione della malattia avevamo concordato che fosse necessaria una seria rivalutazione dell'invalidità del paziente. Avevo in tale occasione inviato una copia della lettera al medico curante anche all'Assicurazione AI. In conclusione si può dire che dal 2011 il decorso della malattia del sig. RI 1 ha subito un importante peggioramento con aumento sensibile della frequenza degli episodi di manifestazione infiammatoria. Non essendoci dunque periodi di remissione chiara il paziente deve essere considerato inabile al lavoro. Una ripresa della sua capacità lavorativa visto il decorso sfavorevole della malattia non è prevedibile. Penso dunque che un'invalidità del paziente debba essere seriamente rivalutata." (doc. G) Infine un certificato del 18 aprile 2013 del dr. _____, dermatologo, affermando: "(...) Come ben sa, la nota idrosadenite suppurativa che affligge il paziente da almeno trent'anni, ha avuto una nuova recrudescenza infiammatoria che l'ha portato a dover farsi nuovamente operare per un focolaio a livello della parete addominale e a livello della coscia sinistra. (...) Ciò nonostante, visto il perdurare dell'evoluzione, ritengo che bisogna riconoscere al paziente uno stato di salute estremamente precaria e influenzata negativamente dai dati raccolti in questo ultimo decorso. È perciò, dal mio punto di vista professionale, non più possibile affermare che il paziente possa delle garanzie di presenza al posto di lavoro. Oltretutto la posizione da seduto non è ottimale, precludendogli così anche un'attività complementare nel mondo terziario. (...) " (doc. H) Alla luce della documentazione prodotta dal ricorrente l'Ufficio AI, interpellato il medico SMR (per il quale dalla documentazione prodotta risultava un peggioramento in particolare della problematica dermatologica a partire dal mese di settembre 2012, cfr. doc. IV/1; cfr. sub consid. 2.9), ha ritenuto di modificare il proprio provvedimento assegnando all'assicurato la rendita anche e nuovamente dal 1. settembre 2012 (doc. IV/1). Nelle sue osservazioni/ricorso aggiuntivo del 14 giugno 2013 l'assicurato contesta tali conclusioni nella misura in cui non hanno considerato l'inabilità lavorativa anche per il periodo dal maggio 2011 al settembre 2012. A suo dire infatti l'inabilità lavorativa sarebbe completa a decorrere dall'ottobre 2009, senza successivo miglioramento (VIII). Produce due attestati medici del dr. _____ del 10 giugno 2013 con i quali lo specialista attesta la sostanziale inefficacia delle terapie proposte dal dr. _____ nella perizia per il SAM (doc. R, S). 2.7. 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; I 462/05 del 25 aprile 2007, U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 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 (Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; I 462/05 del 25 aprile 2007). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), 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) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a/cc); Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3a/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, p. 230). Va inoltre 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, I 462/05 del 25 aprile 2007). Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001; DTF 130 V 352). 2.8. Nella fattispecie, con la decisione contestata l'Ufficio AI, sulla base della perizia SAM, ha sostanzialmente ritenuto di dover riconoscere un'inabilità lavorativa completa in ogni attività dal mese di ottobre 2009 sino al mese di maggio 2011 e, quindi, del 30% nell'attività abituale quale funzionario di banca e in attività adeguate (con conseguente grado di invalidità del 30%) a dipendenza della diagnosticata patologia dermatologica (idradenite suppurativa, detta anche acne inversa o malattia di Verneuil). Tale tesi è stata contestata dal ricorrente, il quale, riferendosi ai certificati dei medici che l'hanno in cura, ha sostenuto in sintesi di essere stato inabile al lavoro in misura completa anche successivamente al mese di maggio 2011 e di esserlo tuttora. Dopo aver visionato le certificazioni prodotte in corso di causa, con rapporto 7 maggio 2013 il SMR ha riesaminato

la propria valutazione medica, concludendo: " "Dall'attuale documentazione risulta un peggioramento in particolare della problematica dermatologica a partire da 9.2012 quando da parte del dr. _____ sono state osservate nuove manifestazioni ascessuali. Il decorso risulta incerto come già in passato. Dall'attuale documentazione non risulta che sia stato tentato un trattamento di fondo come proposto dal dr. _____ in occasione della sua valutazione peritale. Per quanto concerne invece l'aspetto della schiena dalla documentazione non risulta una sostanziale modifica rispetto alla valutazione in ambito SAM. Da notare che l'ultima valutazione clinica da parte del dr. _____ risale a 5.2012. Attualmente l'assicurato presenta una IL completa per la problematica dermatologica da 9.2012 per qualsiasi attività. Possibile ricupero d'una CL almeno parziale nei prossimi mesi." (doc. IV/1) Riconoscendo quindi una totale incapacità lavorativa dall'ottobre 2009 al 7 maggio 2011 e nuovamente dal settembre 2012, riesaminata la decisione 11/21 marzo 2013, con il nuovo provvedimento del 24 maggio 2013 l'Ufficio AI ha posto l'assicurato al beneficio di una rendita intera dal 1. dicembre 2010 (diritto dal 1. ottobre 2010) al 31 agosto 2011 e nuovamente dal 1. settembre 2012 (doc. IV/2). L'assicurato contesta la succitata valutazione, sostenendo che l'inabilità lavorativa completa è perdurata anche nel periodo dal maggio 2011 al settembre 2012. Risulta quindi incontestato il diritto alla rendita di invalidità per il periodo dal dicembre 2010 al 31 agosto 2011 e dal 1. settembre 2012. Controverso invece è il diritto alla prestazione dal 1. settembre 2011 al 30 agosto 2012: mentre infatti l'amministrazione ha in sostanza ammesso un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato con conseguente riacquisto di un'abilità lavorativa del 70% a far tempo dal 7 maggio 2011 (ossia a distanza di tre mesi dall'intervento al rachide, secondo la perizia SAM) e un successivo nuovo peggioramento (con conseguente inabilità lavorativa totale) a far tempo dal settembre 2012, l'assicurato reputa in sintesi che la sua inabilità lavorativa sia rimasta completa anche nel periodo da maggio 2011 a settembre 2012. Ora, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 11/21 marzo 2013 (doc. A) - quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possano imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione (DTF 132 V 220 consid. 3; 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b), i rapporti medici prodotti con il ricorso possono essere presi in considerazione poiché quanto descritto si riferisce anche alla situazione valetudinaria antecedente all'emissione del provvedimento contestato. Orbene, tenuto conto della succitata refertazione medica e di un approfondito esame degli atti di causa, questo TCA può condividere solo in parte le conclusioni dell'amministrazione. In particolare, se alla luce della perizia SAM è possibile ammettere, rispetto alla situazione precedente (e meglio dall'ottobre 2009), un miglioramento delle condizioni dell'assicurato a far tempo dal mese di maggio 2011, ossia tre mesi dopo l'intervento alla schiena, occorre concludere che già nel periodo immediatamente successivo alla perizia del febbraio 2012 (basata peraltro su consulti già avvenuti nel dicembre 2011; doc. AI 84-1) - e non soltanto nel settembre 2012 come concluso dall'Ufficio AI - le condizioni di salute, segnatamente dal punto di vista dermatologico, abbiano subito un peggioramento sensibile e duraturo tale da ridurre la capacità lavorativa. Innanzitutto, per quanto concerne il miglioramento delle condizioni di salute fissato dall'amministrazione al maggio 2011, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte

secondo il vecchio standard processuale, questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la dettagliata, approfondita e convincente perizia del SAM. Gli specialisti esterni hanno debitamente considerato tutte le affezioni invalidanti di cui l'assicurato è portatore e proceduto, dopo un'attenta analisi dei dati oggettivi e soggettivi, ad una convincente valutazione circa la residua capacità lavorativa giungendo ad una conclusione logica, priva di contraddizioni e condivisibile circa un'inabilità lavorativa completa dall'otto-bre 2009 e, quindi, una capacità lavorativa globale del 70%, nella sua attività così come in attività adeguate al suo stato di salute, a decorrere dal maggio 2011, ossia tre mesi dopo l'intervento alla schiena effettuato il 7 febbraio 2011. Con riferimento in particolare alla patologia lombosacrale, l'assicurato sostiene per contro di essere tuttora inabile in misura superiore, riferendosi in particolare alle certificazioni 22 ottobre e 12 novembre 2012 e 15 aprile 2013 del dr. _____ menzionate al consid. 2.6 (doc. AI 115, 121, doc. F). Come rettamente evidenziato nelle annotazioni 7 maggio 2013 del SMR, da tale documentazione non risulta una sostanziale modifica rispetto alla valutazione effettuata in ambito SAM, la quale, come detto, si ravvisa ineccepibile. Richiamata la giurisprudenza del TFA in materia di certificati medici resi dai medici curanti (anche se specialisti, cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a/cc; cfr. consid. 2.7), secondo questo Tribunale le certificazioni del dr. Valci non sono idonee a modificare la valutazione reumatologica approfondita eseguita dal dr. _____ per conto del SAM, per il quale in sostanza le diagnosticate patologie (segnatamente la sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra (in esiti da PLIF L5/S1 l'8.3.2007 per instabilità segmentaria L5/S1 su spondilolistesi di primo grado con spondilolisi, esiti da decompressione con fusione L4/L5 da destra con prolungamento rostrale in L4/L5 della precedente stabilizzazione, il 7.2.2011, disturbi statici del rachide, decondizionamento e sbilancio muscolare), periartropatia omeroscapolare anamnestica bilaterale, achilodinia bilaterale in sbilancio muscolare) comportano delle limitazioni solo per quanto concerne determinate funzioni lavorative (il sollevamento e il trasporto di carichi molto pesanti fino all'altezza dei fianchi, il sollevamento di carichi particolarmente pesanti sopra l'altezza del petto e il maneggiare attrezzi soprattutto pesanti e molto pesanti). Nell'attività da ultimo svolta di funzionario di banca o in altre attività rispettose dei limiti elencati e che permettano di alternare le posizioni corporee senza dover interrompere la produttività, secondo il consulente reumatologo, l'assicurato è invece da ritenere abile al lavoro in misura completa dal 7 maggio 2011. Si osservi peraltro che le certificazioni del dr. _____ si basano su un esame clinico risalente al maggio 2012 (doc. AI 115), vale a dire poco successivo alla perizia SAM e non sono quindi idonee ad attestare una modifica della situazione rispetto al momento dell'estensione della perizia. In realtà, la certificazione del dr. _____ costituisce in definitiva una diversa valutazione delle ripercussioni sulla capacità lavorativa delle medesime problematiche diagnosticate in occasione della perizia SAM. Egli si limita in effetti a ribadire la presenza di lombalgie croniche, esacerbate dal mantenimento delle posizioni statiche, oltre a dolori sporadici agli arti inferiori, in assenza tuttavia di deficit neurologici (doc. AI 115/2-3). Del resto la presenza di notevoli dolori anche dopo l'esecuzione dell'intervento alla schiena del febbraio 2011 era ben nota in sede di esecuzione della perizia anche al dr. _____, il quale, dopo aver ampiamente e dettagliatamente descritto la componente algica, aveva comunque fatto notare come ciò nonostante l'assicurato non assumesse farmaci analgesici in via regolare. Dopo aver auspicato una correzione del sovrappeso corporeo, lo specialista ha quindi ritenuto l'assicurato abile in misura completa in un'attività lavorativa adatta. Del resto il dr.

_____ non precisa le ragioni che permetterebbero di differire dalla convincente valutazione del SAM, alla quale nemmeno egli fa riferimento. Ne discende quindi che questo Tribunale non ha motivi che gli permettano di dipartirsi dalle motivate conclusioni della perizia SAM quanto alle ripercussioni sulla capacità lavorativa che derivano dai problemi lombari lamentati dal ricorrente, e deve quindi ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b), che l'insorgente presenta un'abilità lavorativa completa in attività adeguate dal maggio 2011. Richiamato peraltro anche l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati), non si può in questa sede esimersi dal sottolineare come il perito SAM abbia sottolineato che sarebbe "sicuramente auspicabile" una correzione del sovrappeso corporeo, andando esso a sovraccaricare il tratto lombosacrale della colonna, spesso sede di dolori intensi nell'assicurato (doc. AI 84-44). Per quanto riguarda la patologia dermatologica, le conclusioni peritali vanno pure confermate, ma limitatamente al periodo sino al mese di febbraio 2012, considerato come da un attento esame della documentazione agli atti occorre ammettere che successivamente alla resa della perizia SAM sia intervenuto un rilevante peggioramento della situazione valetudinaria. Emerge in effetti che il ricorrente soffre di acne inversa sin da giovane con la necessità di svariate cure dermatologiche e interventi di incisione e escissione di ascessi, con plastiche cutanee, alle ascelle, inguinali e perianali (doc. O). Documentati sono interventi nel settembre 2004, novembre e dicembre 2005 (doc. O), gennaio, febbraio e giugno 2006 (doc. AI 1-5). Nel febbraio 2007, i medici specialisti dell'ospedale _____ di _____ avevano attestato una situazione stabile e migliorata dal punto di vista della patologia dermatologica con conseguente abilità lavorativa completa (doc. AI 12). Anche il dr. _____, dermatologo, aveva attestato nel maggio 2007 una situazione migliorata senza inabilità lavorativa (doc. AI 21-5). In effetti nell'estate 2007 l'assicurato ha ripreso la sua attività lavorativa senza problemi (doc. AI 32). Ancora nel febbraio 2010, successivamente ad un nuovo intervento chirurgico (doc. AI 21-1), anche il dr. _____, chirurgo vice primario dell' _____, non aveva attestato un'inabilità lavorativa per la patologia dermatologica, rimandando in proposito la valutazione ai neurochirurghi presso i quali l'assicurato era in cura per i problemi alla schiena (doc. AI 5-1, 9-1). Nel novembre 2011 vi è stata una riapparizione di una recidiva di ascesso (doc. AI 84-8). In occasione della perizia SAM, il perito dr. _____, nel suo rapporto 21 dicembre 2011, ha confermato la presenza di una idradenite suppurativa, ossia un processo infiammatorio cronico e ricorrente delle ghiandole apocrine, caratterizzata dalla presenza di noduli follicolari profondi, spesso molto dolorosi, accompagnati da pustole, papule, ascessi, fistole, localizzati principalmente nelle grandi pieghe quali ascelle, inguine, regione perineale e rima anii. Ha rilevato che successivamente all'intervento eseguito anni prima in sede ascellare, rimanevano attive le località inguinali e del pube. Lo specialista ha avuto modo di sottolineare che si trattava di una patologia cronica con evoluzione molto variabile e a lungo termine tendendo in ogni modo ad evolvere nella formazione di fibrosi, fistole suppuranti, deformazioni, ipertrofie e disturbi anche del sottocute, soprattutto a livello del retto, qualora vi fosse un interessamento perineale, e della zona genitale. Con riferimento alla capacità lavorativa lo specialista si è espressamente distanziato da quanto affermato dal medico SMR dr. _____ nella sua nota del 16 aprile 2007 (per il quale in sostanza la patologia dermatologica non era discriminante per l'incapacità lavorativa, doc.

AI 19 e 24) e, quindi, affermato di ritenere che la patologia dermatologica potesse giocare “un ruolo importante sull’attività professionale del paziente”, considerato come “se vi è una fase in cui le cisti sono ripetute, produttive, purulente, è ben difficile recarsi al lavoro, contenendo il disagio di questa situazione”. In sostanza l’assicurato era da considerare inabile durante le fasi acute della malattia, con una o più cisti di grandi dimensioni (2 o più cm) in sede inguinale o nella zona pubica, potendo egli allora difficilmente restare a lungo seduto. Nei momenti degli interventi maggiori secondo il dr. _____, “sicuramente” il paziente è stato completamente inabile, segnatamente in due periodi distinti di circa nove mesi nel 2007. Per contro, in assenza di lesioni attive la capacità lavorativa poteva invece essere considerata intatta. Al momento, secondo il perito quale funzionario di banca o in altra attività adatta egli presentava un’incapacità lavorativa “almeno” del 30% (doc. AI 84-35). Tale conclusione, come detto, si basa su un’attenta analisi dei dati oggettivi e soggettivi e appare logica, priva di contraddizioni e condivisibile, anche considerando come la situazione dermatologica apparisse all’epoca piuttosto stabile. La documentazione all’inserito documentava tuttavia che successivamente alla perizia del dr. _____ le condizioni dermatologiche dell’assicurato hanno subito un peggioramento sostanziale con ripetute comparse di ascessi e conseguente necessità di interventi di resezione e revisioni, con relativi ricoveri più o meno lunghi e ripetute visite per controllo e cura delle ferite, in data 15 febbraio 2012, 8 marzo 2012, 23 marzo 2012 (doc. AI 94-1), fine marzo 2012 (doc. AI 94-3), 11 maggio 2012 (doc. AI 96), 2 giugno 2012 (doc. AI 97-1), 10 luglio 2012 (doc. AI 103), settembre 2012 (doc. G), 31 gennaio 2013 (doc. L), 6 febbraio 2013 (doc. G), marzo e 4 aprile 2013 (doc. M, N). L’evoluzione negativa è stata confermata più volte e insistentemente dal dr. _____, che ha in cura l’assicurato dal 2005, il quale ha sottolineato come da fine 2011 la malattia del paziente avesse preso “una nuova svolta con aumento degli episodi di manifestazione della malattia e con una nuova redistribuzione corporea degli ascessi” e come successivamente a questo periodo egli non avesse mai più avuto episodi di vera remissione della malattia (doc. AI 109/3-4). In particolare, il dr. _____ nel rapporto 21 settembre 2012 ha sottolineato come da fine 2011 la frequenza delle consultazioni presso il suo servizio per la problematica di idrosadenite suppurativa fosse aumentata. Mentre fino al 2011 le manifestazioni della malattia erano soprattutto a livello ascellare ed inguinale, da fine 2011 vi era stata infatti una nuova riapparizione degli ascessi anche su altre regioni corporee, in particolare al tronco. Riferito dei nuovi ricoveri ad inizio 2012 e della nuova ospedalizzazione dal 06.03.2012 al 18.03.2012 per eseguire un trattamento aperto, lo specialista ha rilevato che queste condizioni avevano reso impossibile una qualsiasi ripresa dell’attività lavorativa affermando in particolare: “Fino nel 2011 effettivamente nel periodo tra gli episodi di manifestazione della malattia si sarebbe potuto discutere un eventuale ripresa dell’attività lavorativa. Visto però l’aumento di frequenza della comparsa degli ascessi si può dire che da metà/fine 2011 il paziente non è mai più stato in remissione della sua malattia e per questo motivo non è mai più stato abile al lavoro. Ho rivisto l’ultima volta il paziente il 12.09.2012 dopo che era stato ospedalizzato nuovamente dal 10.07.2012 al 12.07.2012 per il trattamento di nuovi ascessi. Le ferite chirurgiche erano praticamente guarite ma vi era la comparsa di nuovi ascessi secernenti che rendevano il paziente inabile al lavoro. Riassumendo si può dire, che da fine 2011 la malattia del paziente ha preso una nuova svolta con aumento degli episodi di manifestazione della malattia e con una nuova redistribuzione corporea degli ascessi. Per questo motivo il paziente non ha mai più avuto episodi di vera remissione della malattia da fine 2011, e per questo motivo non è mai più stato abile alla ripresa di qualsiasi attività

lavorativa." (doc. AI 109/3-4) Tale opinione è stata ribadita dal dr. _____ in uno scritto al dr. _____ del 1. febbraio 2013 (doc. AI 129; consid. 2.6). In effetti in data 5 febbraio 2013 si è assistito ad un nuovo intervento di escissione di ascessi (doc. M) e un nuovo ricovero all' _____ dal 4 all'8 aprile 2013 (doc. N). Nel certificato del 3 aprile 2013 prodotto in corso di causa il dr. _____ si è riconfermato nelle precedenti prese di posizione ribadendo l'importante peggioramento delle condizioni del paziente dal 2011, con aumento sensibile della frequenza degli episodi di manifestazione infiammatoria della malattia e conseguenti terapie chirurgiche e medicamentose, anche tramite il dr. _____, con risultati tuttavia deludenti. Ha quindi riconfermato la completa inabilità lavorativa dell'assicurato, " visto l'aumento della frequenza degli episodi di manifestazione infiammatorie che non portano ad un periodo di remissione della malattia" e in sostanza una prognosi della malattia infausta (doc. G; cfr. al consid. 2.6). Tale opinione è stata sostanzialmente condivisa dal dr. _____ nel certificato del 18 aprile 2013 (doc. H). In queste condizioni, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che a decorrere da febbraio 2012, con la prima di una lunga serie di ricadute di ascessi bisognosi di ripetuti trattamenti chirurgici e medicamentosi, e successive cure di ferita aperta di lunga durata, la capacità lavorativa sia da reputare gravemente compromessa, e meglio nella misura - totale - ammessa anche dall'amministrazione (seppur soltanto dal settembre 2012, ma sulla base delle medesime diagnosi). Va osservato che la conclusione che aveva tratto il medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 22 giugno 2012 per il quale " la patologia cutanea potrebbe motivare delle IL maggiori ma sul lungo periodo si giustifica una media del 30% di limitazione nel rendimento o tempo globale sul lungo periodo " (doc. AI 98-1), non può essere condivisa risultando in contraddizione innanzitutto con le conclusioni del medico SMR dr. _____ nella valutazione del 7 maggio 2013 (per il quale in sostanza la situazione dell'assicurato motivava una completa inabilità lavorativa, doc. IV/1). Inoltre la stessa risulta in contrasto anche con la già citata valutazione peritale del dr. _____ per il quale, come detto, nelle fasi acute di cisti ripetute o di interventi maggiori, come è sicuramente stato il caso nel periodo valutato dal medico SMR, l'assicurato era da considerare inabile al lavoro. Del resto il dr. _____ non poteva tener conto dell'evoluzione successiva della malattia, la quale si è rilevata purtroppo poco favorevole. Alla luce di questi elementi e documenti questo Tribunale, se da un lato, come detto, deve riconoscere forza probatoria piena alla perizia SAM dell'8 febbraio 2012 per quanto riguarda la valutazione riferita al momento della resa della stessa (e in particolare per quanto concerne l'accertamento di un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato a far tempo dal maggio 2011), dall'altro deve ritenere comprovato l'intervento nel febbraio 2012, ossia ancora prima dell'emissione del provvedimento contestato ma successivamente alla perizia SAM (stesa sulla base di consulti avvenuti nel dicembre 2011, doc. AI 84-1), di un peggioramento delle condizioni. Lo stesso, riferito alla problematica dermatologica e che ha comportato dall'inizio del 2012 ripetuti ascessi e ricoveri ospedalieri con susseguenti prolungate cure di ferita (anche di diverse settimane), ha comportato un'incapacità lavorativa totale. In simili circostanze, questo Tribunale deve annullare la decisione impugnata e riformarla nel senso che, confermato il diritto ad una rendita intera dell'AI a contare dal 1. ottobre 2010 al 31 agosto 2011 (con versamento dal 1. dicembre 2010), all'assicurato va nuovamente riconosciuta una rendita intera dal 1. febbraio 2012 (in applicazione dell'art. 29bis OAI; cfr. sopra al consid. 2.5). 2.9. L'assicurato ha

chiesto l'audizione testimoniale dei medici che l'hanno in cura e l'esperimento di un rapporto peritale per meglio chiarire le sue condizioni di salute (I). Al proposito va ribadito che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non è necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.10. Nelle motivazioni della decisione resa il 24 maggio 2013 dopo l'inoltro del ricorso, l'amministrazione ha inserito pure una "Diffida a sottoporsi alle cure del caso" con la quale, richiamato l'art. 21 LPGA, ha invitato l'assicurato a intraprendere le necessarie cure, così come indicato e sottolineato nella valutazione SMR. Nelle annotazioni del 7 maggio 2013 in effetti il dr. _____ del SMR aveva osservato come non risultava che l'assicurato avesse intrapreso "un trattamento di fondo come proposto dal dr. _____ in occasione della sua valutazione peritale" (doc. IV/1). Nelle sue "Osservazioni con ricorso aggiuntivo" del 14 giugno 2013 l'assicurato ha contestato tale diffida censurando l'efficacia dei trattamenti proposti dal dr. _____, sulla base di due attestati medici del dr. _____ del 10 giugno 2013 (doc. R, S), rilevando altresì come i costi per tali cure non potrebbero comunque essere posti a carico dell'assicurato, il quale si trova in assistenza (VIII). In proposito vale la pena di ricordare che l'art. 21 cpv. 4 LPGA prevede che: "Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute." L'art. 21 cpv. 4 LPGA, applicabile nell'ambito dell'assicurazione invalidità (cfr. art. 2 LPGA e 1 cpv. 1 LAI), concretizza l'obbligo generale di ridurre il danno e non ha modificato quanto previsto in precedenza dagli art. 10 cpv. 2 e 31 LAI in vigore fino al 31 dicembre 2002. Vale pertanto la giurisprudenza resa sotto il previgente diritto (STF 9C_581/2010 del 2 settembre 2010 consid. 2 e 8C_311/2010 dell'11 agosto 2010 consid. 3 e riferimenti). In particolare, nella DTF 122 V 218, l'Alta Corte ha stabilito che qualora un assicurato si opponga ad un provvedimento d'integrazione, l'amministrazione può disporre il rifiuto o la soppressione di prestazioni assicurative solo dopo aver diffidato l'interessato e dopo avergli fissato un termine di riflessione. La risposta alla questione riguardante l'esigibilità di un trattamento oppure di un provvedimento di integrazione, dipende dall'insieme delle circostanze personali (STF 8C_128/2007 del 14 gennaio 2008, consid. 3.1 e riferimenti, concernente una fattispecie nella quale la nostra Massima Istanza ha ritenuto esigibile l'intervento di una protesi all'anca). Ora, a prescindere dal fatto che questo Tribunale non può, per i motivi elencati sopra (consid. 2.2. e 2.3), entrare nel merito del "ricorso aggiuntivo" inoltrato dall'assicurato a titolo

cautelativo, potendolo tutt'al più considerare una proposta di giudizio, alla medesima stregua del resto della decisione resa il 24 maggio 2013 dall'Ufficio AI, va osservato come in ogni modo la censura dell'interessato risulterebbe comunque intempestiva giacché prematura. In effetti, qualora in futuro l'amministrazione dovesse pronunciarsi nel senso di una riduzione o sospensione delle prestazioni richiamando l'art. 21 LPGA, egli avrà comunque facoltà di aggravarsi contro la revisione delle prestazioni contestandone i motivi. A titolo abbondanziale questo Tribunale si limita tuttavia ad osservare che a titolo generale in sede di applicazione dell'art. 21 LPGA l'amministrazione deve adeguatamente tener conto degli eventuali pericoli per la salute dell'assicurato derivanti da una determinata cura che gli viene prescritta così come dei costi che derivano dalla stessa. 2.11. 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, nel caso concreto si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- tra le parti in ragione di quattro quinti (a carico dell'amministrazione) e della quota restante del ricorrente. L'Ufficio AI verserà pure all'insorgente, patrocinato da un legale, fr. 1'200.-- di ripetibili.

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