

## **TI\_GERICHTE 32.2014.42 vom 24. Februar 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-02-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.42)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.42 du 24 février 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.42 del 24 febbraio 2014

### **Regeste**

Soppressione della rendita in via di revisione dopo che l'Ufficio AI aveva riconosciuto il diritto a prestazioni evidenziando che la situazione valetudinaria non era ancora stabile e preavvisando una revisione a breve

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.5. Secondo l’art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d’invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d’ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d’invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l’art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una 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 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all’epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (art. 17 LPGGA), pag. 379-380). 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. 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 6 gennaio 2012, l'assi-curato è stato posto al beneficio di una rendita intera dal 1. gennaio 2009 essendo stato ritenuto, come risulta dalle motivazioni (cfr. doc. AI 128/1-3), totalmente inabile al lavoro per qualsiasi attività dal gennaio 2008 (cfr. consid. 1.1). L'Ufficio AI aveva fondato il proprio provvedimento sulla base del rapporto finale del 20 settembre 2011 (doc. AI 114/1-3) e delle annotazioni dell'8 novembre 2011 (doc. AI 126/1) nei quali il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso che "(...) A.to valutato presso SMR in data 02.11.2010. IL 100% continua in ogni attività certificata anche dal curante in data 24.08.2011. Probabile indicazione a nuovo intervento neurochirurgico presso \_\_\_\_\_ come proposto dal Prof. \_\_\_\_\_. Situazione clinica non stabilizzata. Necessario richiedere aggiornamento stato di salute al curante tra circa 4 mesi . (...)” (doc. AI 44/1) e evidenziato che "(...) in riferimento all'opposizione al progetto di decisione si rende noto che il medico curante nel rapporto medico per AI con data 24.08.11 certifica una IL 100% dal 21.01.2008. Inoltre per il decorso clinico risulta ben documentata l'evoluzione sfavorevole anche da parte del Prof. \_\_\_\_\_ che nel rapporto medico 22.08.2011 (rapporto rivolto al Dr. med. \_\_\_\_\_) ipotizza un percorso terapeutico con eventuale nuovo intervento di asportazione dell'impianto dinamico e successivo impianto di stabilizzazione rigida. (...)” (doc. AI 126/1). In effetti, nelle motivazioni delle decisioni del 6 gennaio 2012 (cfr. doc. AI 128/1-3), l'Ufficio AI aveva, in particolare, evidenziato che "(...) queste conclusioni non sono definitive, infatti, lo stato di salute non si può ancora ritenere stabilizzato ed il tutto sarà da rivedere prossimamente; a tale scopo verrà avviata a breve termine la revisione del grado d'invalidità per un adeguamento dello stesso. (...)” (doc. AI 128/1).

2.7. Nell'ambito della revisione intrapresa nel maggio 2012 (cfr. consid. 1.2) l'Ufficio AI ha predisposto una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 144/1, 145/1-3 e 151/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare del 7 gennaio 2013 (doc. AI 162/1-49) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_) e reumatologica (dr. \_\_\_\_\_). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a sin. in: - stato dopo spinotomia L5-S1, decompressione del recesso e fissazione dinamica L5-S1 il 19.9.2008. Stato d'ansia non altrimenti specificato (ICD 10 F 41.9) 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Ernia iatale con malattia da reflusso. Obesità (BMI 32 kg/m<sup>2</sup>). (...)” (doc. AI

162/23) Considerati tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) Per quanto riguarda l'attività lavorativa di giardiniere come svolta nella ditta del padre (occupandosi piuttosto della costruzione di giardini, dell'allestimento di preventivi, del controllo dei lavori e del contatto con i clienti, tenendo conto della presenza di al massimo due operai), l'A. presenta una capacità lavorativa del 50% (riduzione del rendimento o combinazione tra riduzione del rendimento e diminuzione dell'orario lavorativo). Per quanto riguarda l'attività lavorativa esclusivamente manuale di giardiniere, l'A. presenta una capacità lavorativa del 30% (combinazione tra riduzione del rendimento e diminuzione dell'orario lavorativo). (...)” (doc. AI 162/27), il SAM ha concluso: " (...) 8

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** L'A. presenta limitazioni soprattutto a livello reumatologico ed in minor misura anche a livello psichiatrico. Dal lato reumatologico egli presenta attualmente una sindrome lombospondilogenica a sin., senza segni per una compressione radicolare e senza deficit neurologici oggettivabili, in stato dopo intervento chirurgico di spinotomia L5-S1, decompressione del recesso e fissazione dinamica L5-S1 il 19.9.2008. A causa di una sintomatologia persistente è stato sottoposto a partire dal 2009 a tutta una serie di indagini radiologiche, infiltrative, neurologiche e in ambito neurochirurgico-ortopedico. Non vi è stato alcun miglioramento dei disturbi dopo le varie infiltrazioni faccettarie sia a livello L4-L5, come pure precedentemente a livello L5-S1. Le indagini di TAC e MRI non hanno mostrato segni di instabilità dell'impianto di stabilizzazione e non vi sono sospetti per una superinfezione. L'ultima indagine MRI del 13.9.2011 rimane praticamente invariata rispetto a quelle precedenti e mostra, a parte una certa osteocondrosi L5-S1, dei reperti completamente normali, a parte l'impianto di fissazione dinamica L5-S1. Come già descritto dagli altri specialisti che hanno visitato l'A. finora (Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ e colleghi della \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_), non troviamo una spiegazione per la persistenza dei dolori, se non in relazione con la fissazione stessa, che avrebbe dovuto, nell'intento dell'operatore, migliorare i disturbi dell'A. Purtroppo questo non sembra essere avvenuto. Non si riscontrano invece altre patologie di rilievo alla colonna vertebrale. L'A. è limitato in attività lavorative particolarmente pesanti e non ergonomiche per la colonna vertebrale, nonché nell'alzare pesi superiori ai 7,5-10 kg ripetutamente. E' limitato nel lavorare piegato in posizioni non ergonomiche o con movimenti ripetitivi di rotazione e flessione del tronco. E' limitato in attività lavorative in cui è necessaria un'estensione della colonna lombare, soprattutto nel taglio di alberi. E' limitato in attività da svolgere prevalentemente in posizione statica sia per quanto riguarda la posizione in piedi, come pure per quella seduta. Quest'ultima può essere mantenuta per al massimo 45 min., cambiando appoggio. Come giardiniere all'interno della ditta del padre l'A. può essere considerato attualmente inabile al lavoro nella misura del 50%, tenendo in considerazione le attività svolte dall'A., occupandosi piuttosto della costruzione di giardini e dell'allestimento di preventivi, e tenendo in considerazione la presenza di due operai che potevano nell'ambito delle disponibilità accollarsi i lavori più pesanti. Per quanto riguarda l'allestimento di preventivi, il controllo di lavori e il contatto con clienti, l'A. non presenta un'incapacità lavorativa. Nell'attività esclusivamente di giardiniere, intesa la parte prettamente manuale, l'A. presenta attualmente un'inabilità lavorativa del 70%. Non riteniamo che attualmente vi siano delle possibilità terapeutiche di tipo conservativo e/o invasivo che possano migliorare i disturbi dell'A., rispettivamente la sua capacità lavorativa. Consigliamo di prendere in considerazione con estrema prudenza, come per altro già indicato dai colleghi della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, un eventuale ulteriore intervento

chirurgico alla colonna vertebrale. La prognosi per quanto riguarda i reperti oggettivi alla colonna lombare è da considerarsi favorevole; per quanto riguarda i disturbi soggettivi risulta invece sfavorevole. Dal lato psichiatrico l'A. presenta uno stato d'ansia non altrimenti specificato, inerente preoccupazioni per il futuro. Alla valutazione psichiatrica attuale l'aspetto cognitivo non mostra anomalie di rilievo e il quadro somatico è compatibile con i dati strumentali, senza chiare indicazioni per un quadro somatoforme. Per motivi psichiatrici vi è un'incapacità lavorativa del 15% in quanto la presenza di ansia libera compromette la caricabilità psicologica dell'A., nonché la sua capacità di programmare e di svolgere concretamente le attività. Misure terapeutiche non si rendono necessarie e la prognosi a medio-lungo termine è buona. Complessivamente l'A. presenta una capacità lavorativa globale del 50% come giardiniere nelle modalità in cui lavorava presso la ditta del padre. Complessivamente presenta invece una capacità lavorativa globale del 30% per quanto riguarda l'attività lavorativa esclusivamente manuale di giardiniere. L'attuale capacità lavorativa, come descritta al capitolo 7, è valida dal mese di novembre 2012 (soggiorno presso il SAM). Rispetto alla situazione al momento dell'assegnazione di una rendita AI intera non si tratta di un miglioramento del quadro clinico, ma piuttosto di una stabilizzazione del quadro clinico, senza ulteriori possibilità terapeutiche per migliorare lo stato clinico, rispettivamente la capacità lavorativa. Ricordiamo che nella decisione su rendita AI del 15.11.2011 l'Ufficio AI sottolinea che le conclusioni non sono definitive, in quanto lo stato di salute non si può ancora ritenere stabilizzato. Come casalingo l'A. presenta una capacità lavorativa del 90% unicamente per motivi reumatologici. Non riteniamo giustificato sommare le incapacità lavorative per motivi reumatologici e psichiatrici, in quanto la patologia psichiatrica (stato d'ansia inerente preoccupazioni per il futuro) va interpretata come conseguenza diretta della patologia reumatologica, e in entrambi i casi vi è una diminuzione del rendimento. 9

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE**

In un'attività lavorativa adatta, che tenga in considerazione le limitazioni funzionali di tipo reumatologico descritte dal nostro consulente in reumatologia Dr. med. \_\_\_\_\_ ed elencate al capitolo precedente, l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80%, valida da novembre 2012 (soggiorno presso il SAM). La leggera limitazione della capacità lavorativa (20%) è da riferire ad un riduzione del rendimento sul posto di lavoro, alla necessità di pause più prolungate o al raccorciamento del tempo di lavoro. Per quanto riguarda il periodo precedente, fino al mese di ottobre 2012, valgono le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI. Anche in questo caso non riteniamo giustificato sommare le incapacità lavorative per motivi reumatologici e psichiatrici. Tenendo in considerazione l'età dell'A. e i disturbi alla colonna vertebrale, consigliamo un reinserimento professionale, eventualmente tramite una riqualifica professionale. Consigliamo una valutazione approfondita da parte dell'orientatore professionale dell'Ufficio AI per quanto riguarda le possibilità professionali dell'A. 10

**OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI**

Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo ai medici del Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia ai medici curanti, affinché siano informati sull'esito della nostra perizia. Consigliamo un calo ponderale e un controllo della pressione arteriosa, tendente verso l'alto. (...)" (doc. AI 162/27-29) La valutazione del SAM é stata confermata dal dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 22 gennaio 2013 (doc. AI 164/1-6). Il Centro d'accertamento professionale (CAP) di \_\_\_\_\_, nell'ambito dell'accertamento predisposto dall'Ufficio AI nel

periodo dall'8 luglio al 6 agosto 2013 (cfr. doc. 175/1-2), nel rapporto del 31 luglio 2013 (doc. AI 179/1-11) – posto il seguente decorso “(...) il signor RI 1 dopo soli due giorni di attività al CAP ha dichiarato un peggioramento della sintomatologia dolorosa a livello lombare, con irradiazione alla gamba sinistra, associato ad una maggiore rigidità della colonna e blocchi algici. I disturbi sono rimasti nonostante un potenziamento della terapia analgesica e antinfiammatoria già in atto. L’A. è visto una prima volta dal medico curante dottor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il 12 luglio, il quale conferma la diagnosi di sindrome lombovertebrale su stato dopo erniotomia e fissaggio dinamico L5-S1 (attesta un’inabilità lavorativa dall’11 al 14 luglio). Il signor RI 1 rientra per proseguire l’accertamento il 15 luglio ma visto il persistere della sintomatologia si reca di nuovo dal curante che attesta un’inabilità lavorativa totale fino al 6 agosto 2013, precisando che non può svolgere “corsi di valutazione”. Preso atto di questo l’A. è stato dimesso. (...)” (doc. AI 179/4) – , ha formulato la seguente osservazione e valutazione delle attività pratico-manuali: " (...) Conseguentemente all'interruzione dell'accertamento, le osservazioni che seguono sono incomplete e parziali. Attitudini Il signor RI 1 ha sempre rispettato gli orari di inizio e fine giornata Durante la prima settimana doveva essere sollecitato per fare le pause in quanto, concentrato sulle attività, non si rendeva conto del tempo che trascorreva. Si è adattato bene alle regole del CAP e le relazioni, sia con gli operatori sia con gli altri A., si sono sviluppate in modo funzionale. Sul piano relazionale si è sempre approcciato e ha comunicato con una certa sicurezza di sé e delle proprie opinioni. Durante il periodo al CAP è stato sempre molto concentrato sul suo danno alla salute per il quale quotidianamente ha espresso malessere. In genere l'A. è stato in grado di svolgere le attività in modo autonomo. Talvolta ha alternato alcuni esercizi in base allo stato fisico del momento: alcune attività iniziate non sono state immediatamente concluse ma riprese più tardi. Ha mantenuto ordine e pulizia nella sua postazione di lavoro e ha mostrato buone doti di precisione manuale. Ha manifestato cura nello svolgimento delle attività proposte facendo attenzione alle "rifiniture" (verbalizzando questa sua esigenza). Questo ha fatto in modo che i manufatti terminati siano risultati di buona fattura ed esteticamente gradevoli. Nelle attività ha mostrato interesse alterno: in quelle manuali, ("Traforo" o "Manufatto in legno") questo era maggiore, in altre minore ("Calcolo approvvigionamento"), in altre ancora nullo (rifiuto di eseguire lavori al PC, "Lavoro di serie 2" svolto con fatica in tre tappe dopo alcune sollecitazioni). Si è apprezzata una buona autonomia nello svolgimento delle attività manuali in cui si sono evidenziate conoscenze e competenze legate alle sue esperienze lavorative e interessi personali. Buone sono state anche l'attenzione e la concentrazione, che di riflesso hanno portato a comprendere subito i compiti da svolgere e conseguentemente a non richiedere nuove spiegazioni su come proseguire il lavoro. Quando necessario l'A. ha sempre posto domande pertinenti. Abilità Il Signor RI 1 ha mostrato buone capacità manuali in tutte le attività proposte, sia in quelle dov'era richiesta maggiore abilità "fine" sia dove questa era meno preponderante. Ha mostrato una buona continuità e un discreto ritmo di lavoro: ad esempio, nella lavorazione del "Traforo" si è cimentato un pomeriggio intero in modo continuativo e con una resa discreta. Si è mostrato generalmente abbastanza attento e critico nel notare tutto quello che secondo lui non andava bene (e che sarebbe migliorabile) nella dotazione di apparecchiature/utensili da lavoro o nei materiali o prodotti forniti per svolgere le varie attività. Probabilmente in passato ha avuto diverse esperienze lavorative che l'hanno portato a sviluppare buone competenze e conoscenze di utensili, attrezzi, materiali e modalità pratico/operative. Si è ricordato quasi tutte le date e gli avvenimenti importanti durante la stesura del Curriculum vitae. Ha compreso, memorizzato

e applicato le consegne legate alle attività manuali senza apparente fatica, riuscendo anche a risolvere in modo induttivo gli ultimi passaggi di una lavorazione a catena ("Lavoro di serie 2"). Funzionalità Più volte, quotidianamente, ha segnalato le difficoltà causate dai dolori lombari e dalle conseguenti limitazioni, rilevando che "deve imparare a convivere" e che comunque per lui non vi è una posizione di lavoro migliore delle altre, ma deve poter alternare la postura all'esigenza. Nell'esercizio delle attività si è tuttavia notata la tendenza a mantenere le posizioni statiche: in generale ha alternato la posizione in piedi statica o seduta statica a dipendenza del compito e delle sue condizioni psicofisiche. Concretamente ha alternato giorni in cui è restato seduto per un'ora consecutiva (a volte muovendosi sulla sedia o stirando le gambe), per poi "scaricarsi" alzandosi in piedi per una quindicina di minuti (continuando l'attività). Alcune volte dopo soli 30 minuti seduto aveva già bisogno di alzarsi. L'A. ha mostrato difficoltà nell'accovacciarsi (per es. nel raccogliere materiale caduto durante le attività). Si è notata inoltre un'evidente zoppia sia camminando su terreni pianeggianti e regolari (per brevi tratti), sia salendo/scendendo le scale. Per quel che riguarda la mobilità degli arti superiori non si sono evidenziati particolari problemi come nemmeno per ciò che riguarda la forza e il coordinamento motorio. Come citato in precedenza la resistenza, soprattutto in postura statica (seduta e/o eretta), è stata variabile a dipendenza dei giorni e dell'attività svolta. Le sospensioni non sono mai state superiori ai 10 minuti. Conclusioni e proposte Il breve periodo di accertamento ha permesso di analizzare e definire solo superficialmente le competenze, gli interessi e le risorse residue del signor RI 1 in vista di un suo reinserimento nel mondo del lavoro. (...)" (doc. AI 179/5-6) Il dr.

\_\_\_\_\_ – invitato, con scritto del 23 luglio 2013, dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ad indicare le precise ragioni che hanno portato alla certificazione di una IL del 100%, se lo stato di salute ha subito delle modifiche e se un nuovo tentativo di accertamento a fine agosto 2013 è attuabile dal punto di vista medico (cfr. doc. 178/1) – , con lettere del 20 e 27 agosto 2013, ha risposto che "(...) l'inabilità al 100% è dovuta al fatto che il paziente non riusciva ad eseguire i lavori che gli erano stati richiesti a causa dei dolori che lo hanno bloccato per 2 volte. Lamenta sempre dolori alle gambe per cui ho previsto una RMI all'\_\_\_\_\_ il 20.08.2013 e solo dopo aver valutato quest'ultima potrà essere più preciso in merito a un nuovo tentativo di accertamento a fine agosto. (...)" (doc. AI 181/1) e che "(...) in aggiunta alla lettera del 20.08.2013 e dopo aver visionato la RMI della colonna lombare effettuata al 21.08.2013 presso la \_\_\_\_\_, possiamo affermare che non c'è nessuna compressione certa della radice S1 a sinistra malgrado ciò il paziente lamenta sempre dolori irradianti alla gamba sinistra che riusciamo a controllare solo con la morfina. Per cui ritengo che egli non sia in grado di fare altri corsi di accertamento. (...)" (doc. AI 183/1). Nell'annotazione del 30 agosto 2013, viste le succitate risultanze, il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che "(...) l'attuale nuova documentazione non mostra una sostanziale variazione dello stato di salute rispetto alla valutazione del SAM, in particolare ha l'attuale RM lombare permesso di escludere una problematica compressiva a livello del rachide lombare. I dolori irradianti alla gamba sinistra erano già presenti in occasione della perizia SAM. In assenza d'una sostanziale modifica dello stato di salute rimane valida l'esigibilità lavorativa formulata in occasione della perizia SAM. (...)" (doc. AI 184/1). Nell'ambito delle osservazioni al progetto di decisione del 12 settembre 2013 che preavvisava la soppressione della rendita d'invalidità (cfr. doc. AI 185/1-3) – visti la lettera del 23 settembre 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 187/1), le osservazioni dell'11 ottobre 2013 dell'avv. \_\_\_\_\_ (doc. AI 192/1-7), il referto del 18 novembre 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 196/2) e il rapporto del 9 gennaio 2014 del dr. \_\_\_\_\_,

Professore associato FMH in chirurgia ortopedica specialista della colonna vertebrale della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. AI 203/1-4) – il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 5 dicembre 2013 e 4 febbraio 2014 (doc. AI 198/1-2 e 205/1), hanno rilevato: “(...) Certificato Dr. \_\_\_\_\_ del 18.11.2013: primo appuntamento il 09.10.2013 dati rilevati: ansia fluttuante con irritabilità, lieve attenuazione dello slancio vitale, faticabilità, insicurezza e disturbo del sonno deponenti per uno “stato depressivo di lieve entità” in un quadro clinico contrassegnato da una sindrome dolorosa cronica legata ai problemi noti di schiena. Impostata terapia per migliorare la timia e la soglia del dolore. IL del 50% temporanea (auspica, infatti, un netto miglioramento dei disturbi sopra accennati). La sua IL è secondo lo psichiatra, Dr. \_\_\_\_\_, riconducibile ai disturbi fisici. La nuova documentazione mette in evidenza che: • la richiesta di presa a carico psichiatrica avviene il mese successivo al progetto di decisione di soppressione rendita • il Dr. \_\_\_\_\_ riporta la presenza di uno “stato depressivo lieve” quindi non si esprime su di una categoria diagnostica precisa secondo la Classificazione Internazionale ICD o DSM, tuttavia ritiene che tale stato sia lieve e comporti una IL temporanea • quadro psicopatologico sovrapponibile a quello evidenziato in perizia SAM • circa la valutazione di IL 50%, non vengono riportate le limitazioni, non viene inoltre contestata la valutazione precedente del SAM • si aspetta che lo stato rilevato possa notevolmente migliorare con il trattamento impostato ma non descritto. Per i punti descritti sopra ritengo che dal punto di vista psichiatrico non vi siano elementi che giustifichino una modificazione dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione SAM (valutazione Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 2012). Da un lato somatico non vengono presentati nuovi documenti. (...)” (doc. AI 198/1) e “(...) Rapporto clinique du dos del 9.1.2014: - RM lombare del 21.8.2013 in pratica sovrapponibile alla situazione presente nel 2008. - Necessari ulteriori accertamenti per cerca di identificare la fonte dei dolori (discografia ecc). - Il dr. \_\_\_\_\_ ritiene una CL residua del 25% in attività confacente. Valutazione: dall’attuale rapporto non risultano nuovi elementi clinici rispetto alla valutazione peritale in ambito SAM. L’esame radiologico di 8.2013 è definito espressamente quale invariato. In occasione dell’attuale visita il dr. \_\_\_\_\_ non ha potuto individuare l’eventuale fonte dei dolori consigliando ulteriori accertamenti. In conclusione assenza di nuovi elementi oggettivi che indichino una modifica dello stato di salute dell’assicurato. (...)” (doc. AI 205/1). L’Ufficio AI – considerate le succitate risultanze peritali unitamente alle valutazioni dei medici SMR – con decisione 24 gennaio 2014 ha quindi soppresso il diritto alla rendita (doc. AI 206/1-4). 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGa (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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. 2bis 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\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 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 succitate conclusioni a cui sono giunti i medici SMR ( il dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale del

## **E. 22**

gennaio 2013 (cfr. doc. AI 164/1-6) e il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ nelle annotazioni 30 agosto 2013, 5 dicembre 2013 e 4 febbraio 2014 (cfr. doc. AI 184/1, 198/1-2 e 205/1) ) i quali – confermando le valutazioni del SAM – hanno stabilito una capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal novembre 2012. La dettagliata ed approfondita valutazione del SAM (doc. AI 162/1-49) non è stata validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, quanto al contestato miglioramento dello stato di salute, va qui ribadito che, nelle motivazioni delle decisioni del 6 gennaio 2012 con cui è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. gennaio 2009 (cfr. doc. AI 128/1-3), l'Ufficio AI aveva evidenziato che "(...) queste conclusioni non sono definitive, infatti, lo stato di salute non si può ancora ritenere stabilizzato ed il tutto sarà da rivedere prossimamente; a tale scopo verrà avviata a breve termine la revisione del grado d'invalidità per un adeguamento dello stesso. (...)” (doc. AI 128/1). Anche i periti del SAM

hanno rilevato che “(...) rispetto alla situazione al momento dell’assegnazione di una rendita AI intera non si tratta di un miglioramento del quadro clinico, ma piuttosto di una stabilizzazione del quadro clinico, senza ulteriori possibilità terapeutiche per migliorare lo stato clinico, rispettivamente la capacità lavorativa. Ricordiamo che nella decisione su rendita AI del 15.11.2011 [ndr.: si riferisce qui allo scritto del 15 novembre 2011 con cui l’Ufficio AI ha trasmesso alla Cassa \_\_\_\_\_ le motivazioni della decisione sub doc. AI 127/1 e 128/1-3] l’Ufficio AI sottolinea che le conclusioni non sono definitive, in quanto lo stato di salute non si può ancora ritenere stabilizzato. (...)” (doc. AI 162/28) e precisato che “(...) per quanto riguarda il periodo precedente, fino al mese di ottobre 2012, valgono le condizioni stabilite in precedenza dall’Ufficio AI. (...)” (doc. AI 162/29). Dalle risultanze suesposte emerge dunque che, dopo che l’Ufficio AI aveva riconosciuto il diritto alla rendita intera prevedendo una revisione a breve (cfr. consid. 2.6), lo stato di salute si è stabilizzato. Va qui rilevato che il TF, nella STF 8C\_662/2012 del 18 settembre 2013 (giudizio, questo, reso nella composizione a 5 giudici e pubblicato in SVR 2014 IV Nr. 2 pag. 4), ha ritenuto che se sussiste un residuo (sequele di una malattia) occorre di principio ammettere un notevole miglioramento delle precedenti condizioni di salute. L’Alta Corte – chiamata a pronunciarsi in un caso in cui l’Ufficio AI aveva contestato il riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita nell’ambito di una procedura ricorsuale sfociata nella sentenza con cui era stata riconosciuta una rendita scalare (intera dal 1. settembre 2001 al 31 dicembre 2005, mezza dal 1. gennaio 2006 al 30 novembre 2007 e un quarto dal 1. dicembre 2007) – ha, in particolare, rilevato che “(...) U nter Residuum ist der Restzustand einer Krankheit zu verstehen, das Vorliegen bleibender Restsymptome nach Abklingen der akuten Phase einer Erkrankung (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch 2012, 263. Aufl., Berlin 2011, S. 1796). Nach dieser Definition besteht die zunächst festgestellte Erkrankung in abgeschwächter Form zwar weiter. Dass sie sich nicht mehr in ihrer ursprünglichen Ausprägung manifestiert, stellt jedoch eine - auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellte - massgebliche Verbesserung des früheren Gesundheitszustandes dar. Eine solche lässt eine Rentenreduktion oder gar -aufhebung auf dem Weg einer Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG grundsätzlich rechtfertigen, sofern die damit einhergehende Verminderung der beeinträchtigenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen hinreichend erheblich ist. (...)” (STF 8C\_662/2012 del 18 settembre 2013 consid. 3.3.1). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia e riabilitazione, nel consulto del 22 novembre 2012 (doc. AI 162/33-43), circa la capacità lavorativa in un’attività adeguata – ritenuto che “(...) attualmente si evince clinicamente la presenza di una sindrome lombo-spondilogeno a sinistra. Non vi sono segni per una compressione radicolare. Non vi sono deficit sensitivi o motori dermatometrici. Vi è una certa debolezza alla gamba sinistra da riferire prevalentemente ai dolori risentiti. La sensibilità è diffusamente diminuita alla gamba sinistra, non in ambito dermatometrico. I riflessi muscolo-tendinei sono simmetrici e ben evocabili. Il Lasègue era negativo con uno pseudo- Lasègue positivo a 80° a sinistra con dolori soprattutto nella zona lombo-sacrale e in parte lungo la coscia posteriormente a sinistra. L’indagine di RM come per altro affermato anche dai colleghi della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non mostra, in data 16.09.2011 patologie di rilievo se non la presenza di un impianto di fissazione dinamica L5-S1. Anche il perito come gli altri medici che hanno visitato l’assicurato finora non trova una spiegazione per la persistenza di questi dolori se non in relazione con la fissazione stessa che avrebbe dovuto, nell’intento dell’operatore, migliorare i disturbi dell’assicurato. Fatto questo che non sembra essere avvenuto. Altre patologie di rilievo alla colonna vertebrale non si riscontrano. (...)” (doc.

AI 162/41-42) – ha concluso che “(...) tenendo in considerazione le limitazioni funzionali da me sopra descritte ritengo l’assicurato abile al lavoro nella forma del 80%. Vi è un’incapacità lavorativa per quanto riguarda un’attività professionale adatta del 20% da riferire a una riduzione della redditività sul posto di lavoro, dalla necessità di pause più prolungate o dal raccorciamento del tempo di lavoro. Tenendo in considerazione l’età dell’assicurato e i disturbi alla colonna vertebrale sarebbe indicato un reinserimento o una riqualifica professionale. Questa va valutata anche in relazione con l’eventuale diagnosi di tipo psichiatrico e con le capacità scolastiche dell’assicurato. La prognosi per quanto riguarda i reperti della colonna lombare è da considerarsi favorevole. Per quanto riguarda i disturbi sfavorevole. [...] Non penso che attualmente vi siano delle possibilità terapeutiche di tipo conservativo ed eventualmente di tipo invasivo che possano migliorare i disturbi dell’assicurato. Da prendere in considerazione con estrema prudenza, come per altro indicato dai colleghi della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ un eventuale ulteriore intervento chirurgico alla colonna vertebrale. (...)” (doc. AI 162/43). La dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, nel consulto del 12 dicembre 2012 (doc. AI 162/44-48), ha concluso che “(...) nel complesso l’A. non ha mai presentato un quadro di pertinenza psichiatrica di rilievo salvo la fase temporanea di disadattamento evidenziata dal collega \_\_\_\_\_. Nel corso dell’approfondimento dei colleghi del SMR non si rintracciano elementi di pertinenza psichiatrica di rilievo salvo il quadro cognitivo e l’impressione dei colleghi relativa ad un disturbo da iperattività dell’infanzia. Nel presente colloquio l’aspetto cognitivo non mostra anomalie di rilievo e il quadro somatico a mio avviso è compatibile con i dati strumentali e non appare indicativo di un quadro somatoforme. Il quadro di ansia libera può ridurre la CL del soggetto al massimo del 15%: la percentuale si considera presente dall’inizio del 2012 circa senza possibilità di rintracciare un momento specifico e una data più definitiva in tal senso. (...)” (doc. AI 162/46). I periti del SAM, circa la cumulabilità dell’incapacità lavorativa legata alle diverse patologie, hanno concluso che “(...) non riteniamo giustificato sommare le incapacità lavorative per motivi reumatologici e psichiatrici, in quanto la patologia psichiatrica (stato d’ansia inerente preoccupazioni per il futuro) va interpretata come conseguenza diretta della patologia reumatologica, e in entrambi i casi vi è una diminuzione del rendimento. (...)” (doc. AI 162/29). Va qui ricordato che secondo l’Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l’Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’in-capacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella concreta evenienza è stato fatto. Le valutazioni del SAM – confermate, lo si ribadisce, dai medici SMR dr. \_\_\_\_\_, dr. \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_, che hanno stabilito una capacità lavorativa dell’80% in un’attività adeguata – non sono messe in dubbio per il fatto che l’insorgente è stato dimesso dall’accertamento predisposto dall’8 luglio al 6 agosto 2013 presso il Centro d’accertamento professionale (CAP) di \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.7). L’Alta Corte, nella STF 9C\_730/2014 del 1. dicembre 2014, si è confermata nella propria giurisprudenza

secondo la quale un concreto accertamento circa la valutazione funzionale della capacità lavorativa è necessario allorquando i medici specialisti non sono in grado di formulare un'affidabile valutazione in merito: "(...) 2.3. Zum Umstand, dass keine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt wurde, hat die Vorinstanz bereits richtig erwogen (kantonale E. 2.2.4.4), dass eine EFL nach der Gerichtspraxis (Urteil 9C\_556/2012 vom 25. Februar 2013 E. 5.4) allenfalls in Betracht zu ziehen ist, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen. Die Gutachter des Instituts C. \_\_\_\_\_ konnten jedoch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinreichend genau einschätzen, weshalb auf entsprechende Weiterungen verzichtet werden konnte, und vor diesem Hintergrund die antizipierte Beweiswürdigung nicht zu beanstanden ist. (...)" (STF 9C\_730/2014 del 1. dicembre 2014, consid. 2.3). In concreto, i periti del SAM si sono espressi chiaramente circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione (cfr. consid. 2.7) limitandosi a rilevare che "(...) tenendo in considerazione l'età dell'A. e i disturbi alla colonna vertebrale, consigliamo un reinserimento professionale, eventualmente tramite una riqualifica professionale. Consigliamo una valutazione approfondita da parte dell'orientatore professionale dell'Ufficio AI per quanto riguarda le possibilità professionali dell'A. (...)" (doc. AI 162/29). Inoltre – invitato a motivare precisamente l'attestata incapacità lavorativa totale e l'impossibilità ad effettuare dei corsi di valutazione (cfr. doc. AI 177/1 e 179/10) – il dr. \_\_\_\_\_, con scritti del 20 e 27 agosto 2013, si è limitato ad osservare che "(...) l'inabilità al 100% è dovuta al fatto che il paziente non riusciva ad eseguire i lavori che gli erano stati richiesti a causa dei dolori che lo hanno bloccato per 2 volte. (...)" (doc. AI 181/1) e che "(...) dopo aver visionato la RMI della colonna lombare effettuata al 21.08.2013 presso la \_\_\_\_\_, possiamo affermare che non c'è nessuna compressione certa della radice S1 a sinistra malgrado ciò il paziente lamenta sempre dolori irradianti alla gamba sinistra che riusciamo a controllare solo con la morfina. (...)" (doc. AI 183/1). Al riguardo questo Tribunale può fare proprie le valutazioni del dr. \_\_\_\_\_ che, nell'annotazione del 30 agosto 2013, ha concluso che "(...) l'attuale nuova documentazione non mostra una sostanziale variazione dello stato di salute rispetto alla valutazione del SAM, in particolare ha l'attuale RM lombare permesso di escludere una problematica compressiva a livello del rachide lombare. I dolori irradianti alla gamba sinistra erano già presenti in occasione della perizia SAM. In assenza d'una sostanziale modifica dello stato di salute rimane valida l'esigibilità lavorativa formulata in occasione della perizia SAM. (...)" (doc. AI 184/1). Nemmeno è possibile concludere differentemente avuto riguardo al rapporto del 9 gennaio 2014 del dr. \_\_\_\_\_, Professore associato FMH in chirurgia ortopedica specialista della colonna vertebrale della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 203/1-4). In effetti il dr. \_\_\_\_\_ non pone delle nuove diagnosi, non si confronta con la perizia del SAM limitandosi ad esprimere una diversa valutazione della capacità lavorativa residua. Anche il dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 4 febbraio 2014, ha concluso che "(...) dall'attuale rapporto non risultano nuovi elementi clinici rispetto alla valutazione peritale in ambito SAM. L'esame radiologico di 8.2013 è definito espressamente quale invariato. In occasione dell'attuale visita il dr. \_\_\_\_\_ non ha potuto individuare l'eventuale fonte dei dolori consigliando ulteriori accertamenti. In conclusione assenza di nuovi elementi oggettivi che indichino una modifica dello stato di salute dell'assicurato. (...)" (doc. AI 205/1). Per quanto riguarda l'aspetto extra somatico va

evidenziato che il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nei rapporti del 18 novembre 2013 (doc. AI 196/2) – rapporto, questo, valutato dai medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_ nell’annotazione del 5 dicembre 2013 riprodotta in esteso al consid. 2.7 – e del 13 marzo 2014 (doc. C), non si è confrontato con la perizia del SAM (in particolare con la valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ nel consulto del 12 dicembre 2012 sub doc. AI 162/44-48) e nemmeno ha posto una diagnosi secondo un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto. Va ricordato come l’Alta Corte ha costantemente ribadito che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_636/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 4.2.1 e le citate DTF 136 V 279 consid. 3.2.1 pag. 283 e 130 V 396 consid. 6 pag. 399 segg.). Inoltre, nell’annotazione del 15 aprile 2014, la dr.ssa \_\_\_\_\_ (avuto riguardo al rapporto del dr. \_\_\_\_\_ del 13 marzo 2014) – rilevato che “(...) ai primi incontri presente stato depressivo di lieve entità nell’ambito di una sindrome dolorosa cronica rapportata a problemi di schiena. Discreta efficacia del trattamento psicofarmacologico messo in atto, reazione preoccupante alla notizia di non entrata in materia da parte dell’UAI: tale notizia ha esacerbato nuovamente una sintomatologia mista ansioso depressiva. Modificato trattamento con cui auspica miglioramento entro le prossime sei-otto settimane. (...)” (V/1) – ha concluso che “(...) l’attuale documentazione psichiatrica non modifica le conclusioni basate su perizia SAM. (...)” (V/1). Questo Tribunale – ribadito che il dr. \_\_\_\_\_ non pone una diagnosi secondo un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto e visto, soprattutto, che non si è confrontato con la valutazione dei periti del SAM – deve fare proprie le succitate valutazioni dei medici SMR. Parimenti – avuto riguardo al rapporto 20 luglio 2014 della dr.ssa \_\_\_\_\_, medico assistente del pronto soccorso-medici-na dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (doc. D) – il TCA deve fare propria la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ che, nell’annotazione del 30 luglio 2014, ha concluso che “(...) l’attuale documento non mostra una sostanziale modifica dello stato di salute. L’assicurato è stato visto in PS per cefalea con pronta risposta al Voltaren. La pressione arteriosa misurata all’ammissione era di 152/103 mmHg, valori ben lontani dai valori critici di 230/130 mmHg in caso di “hypertensive urgency”. (...)” (XII/1). Quanto, infine, agli stringati certificati del 22 ottobre e del 6 novembre 2014 nei quali il dr. \_\_\_\_\_ ha attestato che “(...) quale medico curante del paziente sopraccitato certifico che soffre da diversi mesi di una sindrome cervicale dovuta da una discopatia C5-C6 che gli causa cefalee e dolori nella regione cervico-brachiale bilaterale. (...)” (doc. E) e “(...) quale medico curante del paziente sopraccitato certifico che soffre da fine dicembre 2013 di una sindrome cervicale dovuta da una discopatia C5-C6 che gli causa cefalee e dolori nella regione cervico-brachiale bilaterale invalidante al 100%. Il paziente ha subito diversi anni fa una contusione cervicale e da allora non è mai stato senza dolori. (...)” (doc. F), va rilevato quanto segue. La nuova diagnosi di sindrome cervicale dovuta ad una discopatia C5-C6 – oltre ad essere certificata dal dr. \_\_\_\_\_ che non è specialista in materia – , come rettamente rilevato dall’amministrazione nelle osservazioni del 13 novembre 2014 (XVIII), non è stata riscontrata dal dr. \_\_\_\_\_ in occasione della sua visita del 9 gennaio 2014 e nemmeno è stata addotta con il ricorso, le osservazioni del 28 maggio e lo scritto del 25 luglio 2014 (I, VII e IX). Al riguardo va qui ricordato che in virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell’obbligo delle parti di collaborare,

quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. la STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013 consid. 10 con riferimenti). In conclusione, ricordato che contestualmente alle decisioni del 6 gennaio 2012 con le quali ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera l'Ufficio AI aveva già ritenuto necessario procedere a breve ad una revisione (cfr. consid. 2.6), rispecchiando la perizia pluridisciplinare del SAM del 7 gennaio 2013 (doc. AI 162/1-49) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e non essendo provato un peggioramento dopo il mese di gennaio 2013 e prima del 24 febbraio 2014, a ragione l'Ufficio AI ha confermato una capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal novembre 2012. In questo senso, la domanda di rinvio degli atti all'Ufficio AI "(...) affinché proceda, sulla base di un completo accertamento dei fatti, ad un nuovo calcolo della capacità lavorativa in un'attività adeguata (...)" (I, pag. 8) va respinta. In effetti, quando 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 non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 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. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.10. In merito alla valutazione economica, in quanto tale rimasta incontestata, va rilevato che, per l'anno 2012 (dal novembre 2012 l'assicurato è stato ritenuto abile al lavoro all'80% in un'attività adeguata; cfr. consid. 2.9), vale quanto segue. Per quanto riguarda il reddito da valido l'Ufficio AI ha concluso che "(...) nel caso concreto, considerato che nel frattempo la ditta del padre è stata chiusa, come reddito da sano si fa riferimento ai contratti collettivi dei giardinieri; per l'anno 2011 il salario annuo di un giardiniere con diploma AFC corrisponde a CHF 52'390.-- (4'030.- x 13 mensilità). (...)" (doc. AI 206/2). Questo Tribunale, osservato che effettivamente la ditta del padre è nel frattempo stata chiusa (cfr. doc. AI 165/1) e considerata l'attività esercitata di giardiniere con attestato di capacità quale giardiniere paesaggista (cfr. doc. AI 5/3), può confermare l'operato dell'Ufficio AI. Nel 2012 – applicato un aumento dello 0.8% valido per quell'anno (cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali totali in *La Vie économique* 1/2-2014 pag. 95) – il reddito da valido si attesta a fr. 52'809.12. Quanto al reddito da invalido, 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. 44'924.41 ( fr. 4'901.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2010] aggiornati al 2012 e riportati su 41.7 ore [ cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 1/2-2013, pag. 94-95 ], moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] e per l'80% [pari alla capacità lavorativa in un'attività adeguata] e ridotti del 10% [ in correzione

della riduzione del 7% applicata nella decisione impugnata “(...) dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere (...)” (doc. AI 206/2) e conformemente alla STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 confermata dal TF nella STF 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013] ). Ritenuti un reddito da valido di fr. 52'809.12 e da invalido di fr. 44'924.41, si ottiene un grado d'invalidità del 15% ( $[52'809.12 - 44'924.41] \times 100 : 52'809.12 = 14.93\%$  arrotondato al 15% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3). 2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede – in particolare la perizia del SAM confermata dai medici SMR che, ritenendo stabilizzato lo stato di salute, hanno attestato una capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal novembre 2012 (cfr. consid. 2.9) –, è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha soppresso in via di revisione il diritto alla rendita intera con effetto dal 1. aprile 2014 (cfr. art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). La decisione impugnata va pertanto 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.

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