

TI_GERICHTE 32.2015.161 vom 18. September 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-09-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.161

FR: TI_GERICHTE 32.2015.161 du 18 septembre 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.161 del 18 settembre 2015

Regeste

Revisione della prestazione. Concesso un aumento della rendita, ma solo temporaneo.
Afezioni psichiche. TCA conferma

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), secondo l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI l'a 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 2.4. Occorre ancora ricordare che un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Infine, val la pena ancora precisare che per la giurisprudenza 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.5. Nel caso in esame, in evasione della richiesta di prestazioni del settembre 2003 l'amministrazione aveva interpellato i medici curanti e in particolare la dr.ssa _____, internista, che ha in cura l'assicurato dal dicembre 1999. Valutata la copiosa documentazione versata agli atti, nel rapporto medico del 12 gennaio 2005 il medico SMR dr. _____, posta quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa quella di "Proctite ulcerosa" oltre a "Epicondilite radiale cronica al gomito destro (stato da denervazione maggio 2003), sindrome di Tietze (dolori dell'articolazione sternocostale) e Sindrome ansiosodepressiva reattiva(alla sua malattia intestinale), e, non invalidante, Cataratta OD (su terapia cortisonica)", aveva concluso come segue: " Operaio comunale (dal 1990), con patologia intestinale dal decorso imprevedibile, con fasi di esacerbazione con diarrea e perdite di sangue. Questo comporta frequenti assenze (vedi rapporto DL) che possono essere di 1-2 giorni fino a 2-3 settimane, ripetute più volte durante l'anno. Dagli atti emerge una diminuzione della tenuta sul lavoro e limitazione nell'uso di attrezzi pesanti per dolori al braccio destro (epicondilite cronica, già operata) e dolori nella regione sternale (documentata Sindrome di Tietze). La IL nell'attuale posto di lavoro è da ritenere attorno al 40-50% (come riferito anche dalla curante) per i motivi sopra esposti. Ritengo che anche in altre attività la CL non possa essere aumentata in misura significativa (e anche il guadagno, vedi rapporto DL con stipendi 2003 attorno ai 5300.-). D'accordo con CIP passo il dossier a FUS che contatterà il DL per stabilire l'effettiva CL (data da presenza e rendimento) dell'A. sul posto di lavoro." (doc. AI 30) Dopo aver consultato il datore di lavoro e il consulente IP, l'Ufficio AI, con decisione del 25 agosto 2005 aveva quindi attribuito all'assicurato una mezza rendita di invalidità dal 1. giugno 2005, motivando : " Esito degli accertamenti: Esaminati gli atti acquisiti in sede d'istruttoria, segnatamente di carattere medico ed economico, emerge che il suo attuale stato di salute le impedisce parzialmente di svolgere una qualsiasi attività lavorativa in maniera continua e senza notevole interruzione a decorrere dal mese di giugno del 2004. Abbiamo richiesto anche il parere del nostro consulente in integrazione professionale, il quale con il suo rapporto finale considera che sia giustificato riconoscere che lei possa esercitare l'attuale attività di operaio comunale nella misura del 50% inteso come presenza sull'arco dell'intera giornata lavorativa con diminuzione del rendimento. Nell'attuale attività svolta al 100% con un rendimento completo potrebbe percepire un reddito lordo annuo di fr. 67'600.- (stato 2004), mentre che in attività adeguata al suo stato di salute, con un rendimento del 50%, potrebbe verosimilmente percepire un reddito lordo annuo di fr. 33'800.- (stato 2004). / Risulta quindi una perdita di guadagno causata dal danno alla salute pari ad un tasso del 50% Decidiamo pertanto : Possiamo pertanto accordarle un grado AI del 50%, con diritto ad una mezza rendita d'invalidità a decorrere dal 01 .06.2005, ossia dopo un anno d'attesa

ininterrotto d'incapacità lavorativa (art. 29 cpv 1 lett. b LAI).” La prestazione è quindi stata confermata, dopo revisione, con comunicazione del 13 ottobre 2009 (doc. AI 66). Sul piano professionale l'assicurato è attivo dal gennaio 1990 come operaio generico presso il _____ di _____ (doc. AI 9). A seguito del riconoscimento della mezza rendita di invalidità, nell'aprile 2005 con il datore di lavoro è stata concordata una modifica contrattuale nel senso che dal 1. giugno 2005 l'assicurato restava occupato al 100%, ma con rendimento al 50%, ritenuto come “ l'attività dell'interessato si concretizzerà in particolare nella pulizia delle strade secondo uno specifico piano di lavoro ed in altre incombenze assegnate secondo le esigenze del servizio esterno per le proprie condizioni di salute. In via generale i compiti, competenze e responsabilità vengono adeguati in rapporto alla reale capacità lavorativa sulla base di un nuovo mansionario allestito dall'Ufficio _____ ” (doc. AI 57-13). Nell'ambito della revisione avviata nel novembre 2010 è emerso che l'assicurato aveva subito un intervento alla spalla destra (intervento artroscopico di sutura della cuffia rotatoria spalla destra e borsectomia parziale subacromiale per lesione del sovraspinato il 1. dicembre 2010) con conseguente inabilità lavorativa totale dal 1 dicembre 2010 al 30 maggio 2011. Di conseguenza con decisione del 29 ottobre 2011, l'Ufficio AI ha concesso un aumento temporaneo della rendita, assegnandone una intera dal 1. marzo al 31 maggio 2011 e, quindi, in seguito di nuovo una mezza rendita (doc. AI 107). La mezza prestazione è stata quindi confermata, dopo nuova revisione, con comunicazione del 27 settembre 2012 (doc. AI 118). Nel settembre 2013 l'assicurato ha segnalato un peggioramento delle sue condizioni, ragione per cui l'amministrazione ha avviato una nuova procedura di revisione interpellando dapprima la curante dell'assicurato, dr.ssa _____, la quale, con rapporti del 25 novembre 2013, 24 febbraio e 22 agosto 2014 e 30 gennaio 2015 ha fatto valere un peggioramento delle condizioni dell'assicurato con inabilità del 50% dal 15 marzo 2003 e del 100% dal 2 ottobre 2013 (doc. AI 132, 144, 159, 183, 191). Il peggioramento era da ricondurre, fra l'altro, ad un intervento subito alla prostata dall'assicurato il 3 ottobre 2013. Nel rapporto del 13 febbraio 2014 il dr. _____, gastroenterologo curante dell'assicurato, ha riferito come segue. " Trattasi di un paziente che ho visto nel corso del mese di settembre per una verifica endoscopica delle vie digestive inferiori. Allora la situazione sia dal punto di vista clinico che istologico era compatibile con una fase di remissione della nota colite ulcerosa. Qualche settimana dopo tale esame comunque il paziente avrebbe accusato una recidiva dei sintomi con 7-10 scariche al giorno frammiste a sangue motivo per cui veniva visto dal proprio medico curante dr.ssa _____ che constatava clinicamente una recidiva della malattia. Si procedeva quindi all'abituale approccio mediante 5ASA e cortisonici. In circa 3-4 settimane in seguito la situazione è migliorata. Il decorso è stato favorevole negli ultimi due mesi. Nell'ultima settimana il paziente avrebbe lamentato ancora la recidiva dei disturbi compatibili con una proctite ulcerosa. Una rettoscopia eseguita in data odierna conferma un eritema della mucosa con qualche ulcerazione a livello del retto motivo per cui si procedeva ad una terapia mediante Salofalk. Siamo quindi confrontati con un paziente che presenta un'inabilità al 50% per la suddetta malattia che a intermittenza presenta una recrudescenza della stessa. Nell'ultimo anno è stato da me visto unicamente 2-3 volte. Tra l'altro il paziente si trova in mia cura per una malattia da reflusso gastro-esofageo con esofagite tenuta sotto controllo mediante IPP a lungo termine. Mi sembra comunque che negli ultimi anni il decorso sia stato tutto sommato abbastanza favorevole rispetto al passato e molto probabilmente si può pensare di rivalutare l'invalidità lavorativa.“ (doc. AI 141) Il 17 marzo 2014 l'assicurato ha ricominciato a lavorare nella misura del 25% (tempo di lavoro a metà

tempo, ma resa della metà, doc. AI 148), interrompendo in seguito nuovamente l'attività, per poi ricominciarla nella misura del 25% dal 3 maggio 2014 sulla base del certificato della curante del 1. luglio 2014, la quale tuttavia dal 4 luglio 2014 ha nuovamente attestato un'inabilità completa (doc. AI 155). Sentito il medico SMR, l'Ufficio AI ha predisposto l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare ad opera del SAM. Dal copioso referto del 10 aprile 2015 risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____), pneumologica (dr. _____) e gastroenterologica (dr. _____) nell'ambito di accertamenti e consulti svoltisi sull'arco di 7 giorni, ponendo le diagnosi di: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Colite ulcerosa limitata al retto. Asma bronchiale intrinseca con componente da sforzo. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2). 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale su: - alterazioni degenerative con condrosi C5-C6, in minor misura C6-C7. Periartropatia omeroscapolare tendinopatica della spalla sin. con: - leggera sintomatologia d'irritazione della cuffia senza impingement su un'iniziale artrosi acromioclavicolare. Sindrome lombovertebrale senza componenti di tipo spondilogeno irritative su: - discopatie plurisegmentali della colonna lombare. Stato dopo denervazione del gomito ds. secondo Wilhelm per epicondilopatiaradiale cronica nel 2003. Stato dopo intervento chirurgico per ganglio articolare dell'articolazione sottoaitale sin. nel 2005. Stato dopo intervento di sutura della cuffia dei rotatori della spalla ds. nell'ottobre 2010. Malattia da reflusso gastroesofageo. Stato dopo prostatectomie TUR per BHP stadio II nell'ottobre 2013. Sovrappeso corporeo (BMI. 29,3%). Astigmatismo corretto con: cataratta all'occhio sin., stato dopo intervento di facoemulsificazione ed impianto di una lente accomodativa all'occhio ds. nel gennaio 2004." I periti hanno concluso che l'assicurato, per l'attività lucrativa svolta in qualità di operaio comunale generico, era da considerare abile al lavoro nella misura del 50% (ridotto rendimento sull'arco di un normale orario giornaliero), ritenuta la mancata idoneità per mansionari comportanti l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie, nonché esigenti l'utilizzo sull'arco di un'intera giornata lavorativa di macchine pulitrici delle strade con posizione di lavoro costantemente seduta. I periti hanno ricordato che nel caso di ricadute della malattia infiammatoria intestinale la capacità lavorativa avrebbe potuto diminuire sino all'80%. La limitazione era da attribuire alle sole patologie di natura gastroenterologica, pneumologica e psichiatrica. In particolare sul piano gastroenterologico il rendimento lavorativo era da considerare ridotto a causa della stanchezza generale, nonché della ridotta resistenza agli sforzi causate sia dal trattamento in atto, sia dall'affezione stessa. Sul piano psicologico e mentale il rendimento lavorativo era pure ridotto dalla stanchezza, dalla necessità di riposi ravvicinati con lento recupero, nonché dagli stati d'ansia con sfumata depressione. A livello pneumologico l'assicurato era da considerare non idoneo a mansionari richiedenti l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. Sul piano reumatologico infine l'assicurato era da ritenere non idoneo per mansionari lavorativi esigenti sull'arco dell'intero orario lavorativo giornaliero la postura costantemente seduta alla guida di macchine pulitrici. Quanto all'evoluzione nel tempo della capacità lavorativa i periti hanno esposto che l'assicurato - al beneficio di una mezza rendita per un grado di invalidità del 50% dal 1 giugno 2005, con aumento del grado di inabilità dal 1. dicembre 2010 al 30 maggio 2011 (intervento chirurgico ortopedico alla spalla ds.) e conseguente attribuzione di una rendita intera dal 1 marzo al 31 maggio 2011 e quindi nuovamente di mezza rendita dal 1 giugno 2011 - da settembre 2013 sino a fine dicembre 2014 (recidiva acuta dell'affezione infiammatoria intestinale) era da considerare

abile al lavoro al massimo nella misura del 20%. A decorrere dal 1. gennaio 2015 andava tuttavia ammesso il recupero della pregressa capacità per la sua attività abituale (50%). Per quanto concerneva invece un'attività più adeguata allo stato di salute dell'assicurato, che ottemperi cioè alle limitazioni ed ai deficit funzionali elencati (ossia con sforzi fisici d'intensità da lieve a media, con possibilità per l'assicurato di recarsi in ogni tempo alla toilette entro 10-15 min., senza troppe esposizioni alle intemperie od a situazioni di stress elevato), dal 1. gennaio 2015 la capacità lavorativa poteva raggiungere il 70-75%, da intendersi come rendimento globalmente ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa. I periti hanno infine osservato che secondo il perito gastroenterologo era troppo presto “ per decidere su un'eventuale indicazione a provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia, vista l'evoluzione ancora incerta della malattia infiammatoria intestinale. Giudica invece che se la remissione della malattia infiammatoria intestinale dovesse persistere malgrado la sospensione del trattamento steroideo, allora la capacità lavorativa dell'A. potrebbe ulteriormente aumentare, anche tramite provvedimenti professionali.” (doc. AI 194). Nel rapporto finale del 13 aprile 2015 il dr. _____ del SMR ha avallato le diagnosi poste dal SAM e ha riassunto i periodi di inabilità lavorativa (IL) dell'assicurato come segue: Attività abituale IL 50% dal 1.06.2005 IL 100% dal 1.12.2010 IL 50% dal 1.06.2011 IL 80% dal 1.09.2013 IL 50% dal 1.01.2015 continua Attività adeguata IL 50% dal 1.06.2005 IL 100% dal 1.12.2010 IL 50% dal 1.06.2011 IL 80% dal 1.09.2013 IL 27.5% dal 1.01.2015 continua (doc. AI 195) Mediante progetto di decisione 16 aprile 2015 l'amministrazione ha statuito per la conferma della mezza rendita, fatto salvo per l'attribuzione di una rendita intera dal 1 dicembre 2013 al 30 aprile 2015, a seguito del transitorio peggioramento accertato dal 1 settembre 2013 al 31 dicembre 2014 (dc. AI 198). In sede di osservazioni, l'assicurato ha contestato le conclusioni dell'amministrazione producendo una presa di posizione del 7 maggio 2015 della dr.ssa _____ affermate: " A causa delle problematiche sopra elencate, il paziente non riesce a mantenere né la posizione eretta né tantomeno la posizione seduta per lungo tempo. La sintomatologia algica è presente sia durante il giorno che durante la notte malgrado assunzione di terapia farmacologica che non riesce ad essere controllata in maniera soddisfacente, rendendo molto difficoltosa la quotidianità e la qualità del sonno del paziente. Lo stesso è fortemente limitato nei semplici atti ordinari della vita e deve ricorrere all'ausilio di qualcuno per svolgere le sue normali funzioni quotidiane. Segnalo che il paziente è stato inviato dal Dr. _____, FMH reumatologia /fisiatria, Clinica _____, per valutazione e presa a carico specialistica, come consigliato dal collega Dr. _____, che segue il paziente. Questa situazione clinica, fortemente gravosa, va ad inficiare in maniera importante la ben nota sindrome depressiva reattiva. Mi rifaccio comunque ai certificati dettagliati degli specialisti che hanno in cura il paziente e lo seguono da un punto di vista specialistico.” (doc. AI 209) L'assicurato ha fatto inoltre pervenire un certificato del 29 aprile 2015 del dr. _____, psichiatra, il quale ha dichiarato: " In data 16.4.2015 avete statuito sulla situazione occupazionale del signor RI 1 accordandogli il diritto ad una rendita AI intera a partire dall'1.12.2013 (3 mesi dopo il peggioramento dello stato di salute nel settembre di quell'anno) fino al 30.4.2015 (grado di inabilità lavorativa valutato all'80%) ed un ritorno alla mezza rendita AI per, secondo la vostra valutazione di cui evidentemente noi curanti non abbiamo conoscenza, ritrovato miglioramento dello stato di salute oggettivo da gennaio 2015 senza che siano stati previsti provvedimenti di reintegrazione. Non nascondo la mia sorpresa e stupore quando il signor RI 1, in occasione del nostro più recente incontro del 20.4.2015, mi ha mostrato la

vostra decisione. In effetti mi chiedo come si possa concludere con un ritrovato stato di salute compatibile con il ritorno ad una capacità lavorativa del 50% in un paziente che: ■ dal mese di settembre 2013 a tutt'oggi è riuscito a riprendere il lavoro al 25% solo dal 13 al 31.1.2014, dal primo al 28.2.2014, dai 17.3 al 22.4.2014, dal 3 al 31.5.2014, dal primo all'8.7.2014 e che da allora, inizio luglio 2014, è costantemente dichiarato totalmente inabile al lavoro per motivi di salute. ■ Dal 21.1.2014 al 19.12.2014 ha consultato 93 volte medici curanti, fisioterapeuti curanti o centri diagnostici ospedalieri o ambulatori (103 nel 2013 e solo 73 nel 2012). ■ Vista la lunga assenza dal lavoro, il fatto che difficilmente il signor RI 1 potrà ritrovare una qualsiasi delle attività lavorative precedentemente effettuate e che il datore di lavoro non sembra avere per lui alternative occupazionali, è molto probabile che lo stesso datore, il _____ di _____, dovrà disdire il contratto di lavoro. Questo accadimento significherà molto verosimilmente per lui la definitiva perdita della possibilità di trovare un altro impiego, a causa dello stato di salute dello statuto di mezzo invalido e della vostra decisione di non applicare in suo favore nell'immediato alcuna misura reintegrativa. ■ Nel caso in cui il signor RI 1, nel suo stato di mezzo invalido, si ritrovasse da solo alla ricerca di un nuovo impiego, è lecito predire uno scivolamento nella depressione che, associato alla precaria condizione fisica, potrebbe provocare uno sconquasso psicosomatico con ulteriore aggravamento delle patologie fisiche, moltiplicazione degli interventi medico-sanitari e grave involuzione dell'intero funzionamento bio-psico-sociale. Ciò detto concludo affermando che trovo oltremodo superficiale e prospettivamente inadeguata e al limite dell'assurdo la vostra proposta di decisione del 16 aprile 2015." (doc. AI 210) È inoltre pervenuta una presa di posizione 12 maggio 2015 del dr. _____, neurochirurgo, il quale ha criticato il progetto di decisione, chiedendo di poter consultare le risultanze mediche (doc. AI 212). Il SMR ha sottoposto la documentazione al SAM per presa di posizione (doc. AI 215). Con scritto 15 giugno 2015, corredato delle singole prese di posizione dei periti, il SAM ha quindi preso dettagliatamente preso posizione sulle certificazioni pervenute e concluso confermando le conclusioni della perizia SAM, avendo la stessa valutato in maniera completa i punti litigiosi e sulla base di esami approfonditi che hanno ben tenuto conto dei disturbi lamentati (doc. AI 219; cfr. in esteso al considerando 2.8). La curante ha in seguito confermato le limitazioni da osservare dall'assicurato nell'attività lavorativa così come l'inabilità totale dal dicembre 2014 (fatta eccezione per un periodo al 75% nel maggio e giugno 2015) (doc. AI 217, 222). È stato inoltre prodotto un certificato del dr. _____, chirurgo ortopedico, in merito all'affezione alla spalla sinistra (doc. AI 225). Sentito il medico SMR (doc. AI 220, 226), l'Ufficio AI ha quindi reso la decisione litigiosa del 18 settembre 2015, motivando: " Esito degli accertamenti: con decisione del 25.08.2005 le abbiamo riconosciuto il diritto a mezza rendita d'invalidità (grado 50%). La documentazione acquisita all'incanto a seguito della revisione richiesta a settembre 2013, con particolare riferimento alla perizia pluridisciplinare esperita presso il Servizio d'accertamento medico di _____, ha permesso al medico dell'AI di oggettivare un peggioramento dello stato di salute con conseguente incapacità lavorativa dell'80% in qualsiasi attività lavorativa dal 01.09.2013 al 31.12.2014. Dal 01.01.2015 lo stato di salute è nuovamente sovrapponibile alla precedente situazione. Non essendoci sul mercato del lavoro svizzero attività adeguate nelle quali lei potrebbe meglio valorizzare la capacità di guadagno, all'incapacità lavorativa dell'80% corrisponde quindi un'incapacità al guadagno di pari entità. Vi sono quindi i presupposti per riconoscere l'aumento temporaneo della rendita d'invalidità. • Audizione, osservazioni al progetto di decisione del 16.04.2015: abbiamo sottoposto al nostro Servizio

Medico Regionale (SMR) la documentazione medica trasmessa in sede di audizione; il SMR, dopo attenta valutazione, non ritiene vi siano elementi che possano modificare quanto espresso nel preavviso decisionale confermando pertanto quanto indicato in sede peritale e riportato nel rapporto medico finale stilato dal SMR in data 13.04.2015. Decidiamo pertanto: a decorrere dal 01.12.2013, ovvero tre mesi dal perdurare del peggioramento dello stato di salute (art. 88a OAI), insorge il diritto ad una rendita intera (grado 80%). Dal 01.05.2015, tre mesi dal miglioramento dello stato di salute oggettivato da gennaio 2015, lei ha nuovamente diritto alla mezza rendita (grado 50%).

Indicazioni importanti

Reintegrazione: Attualmente non sono previsti provvedimenti di reintegrazione. Una nuova verifica della situazione medica, personale e lavorativa non escluderà, se sarà indicata, l'adozione di provvedimenti reintegrativi con lo scopo di migliorare la capacità al guadagno.” (doc. AI 239) Di fronte al TCA l'assicurata ha prodotto documentazione già agli atti oltre a un certificato del 13 ottobre 2015 della curante (attestante la presenza di “ un'importante astenia ingravescente accompagnata da tremori intenzionali importanti invalidanti sotto terapia cortisonica” , doc. A2) e uno scritto 27 ottobre 2015 del dr. _____ (doc. B), sui quali si è espresso il SMR nell'annotazione 24 novembre 2015, affermando che la documentazione prodotta non conteneva elementi nuovi (doc. VII/1). È poi ulteriormente pervenuto un certificato 27 gennaio 2016 della curante (attestante anche l'insorgenza di una candida in bocca, influenze gastrointestinali e bloccaggi della colonna lombosacrale recidivanti, doc. C), un certificato della dr.ssa _____, in merito ai quali il SMR ha osservato che non attestavano un peggioramento del quadro clinico (doc. XI). Sono stati anche prodotti certificati in relazione ad un intervento di vasectomia il 18 aprile 2016 (doc. D12), un rapporto in relazione ad una gastroscopia del 15 marzo 2016 (doc D4) e documentazione della dr.ssa _____. In merito il SMR ha nuovamente attestato che dalle certificazioni prodotte non risultava, rispetto alla valutazione SAM, alcuna modifica dello stato di salute con influsso prolungato sulla capacità lavorativa (doc. XVII). 2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid.

E. 2.9

In simili circostanze, visto tutto quanto precede, se occorre riconoscere un peggioramento transitorio (con conseguente incapacità lavorativa totale) dal settembre 2013 sino a fine 2014, dal 1. gennaio 2015 va ammesso il ripristino dell'incapacità lavorativa e di guadagno (50%) precedente, nell'abituale professione svolta dal ricorrente; in un'attività leggera adeguata, rispettosa delle limitazioni funzionali evidenziate dai periti, la capacità lavorativa è invece del 70% (attività a tempo pieno con riduzione del rendimento). Rispetto all'epoca dell'attribuzione della mezza rendita, la situazione dell'assicurato va quindi considerata sostanzialmente invariata, fatta eccezione per il peggioramento transitorio. Ritenuto quindi che a far tempo dal 1. gennaio 2015 l'assicurato ha riacquisito la pregressa capacità lavorativa e di guadagno nella misura del 50%, come da precedente decisione del 25 agosto 2005 (doc. AI 50) rispettivamente provvedimento 29 ottobre 2011 (dopo revisione e aumento temporaneo della mezza rendita a intera, doc. AI 109), a far tempo dal 1 maggio 2015 (in applicazione dell'art. 88a OAI; cfr. sopra consid. 2.3) va correttamente ripristinato il previgente diritto alla mezza rendita. L'Ufficio AI ha quindi correttamente attribuito

all'assicurato una rendita d'invalidità intera limitatamente al periodo compreso tra il 1° dicembre 2013 e il 30 aprile 2015. Contrariamente a quanto osservato dal ricorrente si può prescindere in concreto da una determinazione del grado di invalidità mediante confronto dei redditi. Innanzitutto in quanto l'assicurato, almeno per quanto riguarda il periodo determinante sino alla resa della decisione contestata, rimane tuttora regolarmente dipendente dal comune di Paradiso in qualità di operaio comunale nella misura del 50%, ossia nella misura pari alla capacità lavorativa determinata dalla perizia SAM. In tale attività lavorativa l'assicurato mette quindi a frutto la sua residua capacità lavorativa, così che l'invalidità, già in occasione della prima decisione di attribuzione della mezza rendita, è stata correttamente quantificata nel 50%, in sostanza in applicazione del cosiddetto raffronto percentuale (DTF 114 V DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_856/2010 del 27 giugno 2011, I 759/2005 del 21 agosto 2006; cfr. anche STCA 32.2012.28 del 5 novembre 2012). Inoltre poiché la decisione contestata è una decisione di revisione, la quale, con riferimento alla situazione successiva al 1. gennaio 2015 (che ha stabilito il recupero della pregressa capacità lavorativa) non fa altro che confermare, escludendo una modifica rilevante delle condizioni di salute dell'assicurato, la situazione accertata in modo vincolante e definitivo (in quanto mediante decisioni cresciute incontestate in giudicato) dal provvedimento di attribuzione della mezza rendita per un grado di invalidità del 50% del 25 agosto 2005 rispettivamente, a seguito di revisione nel 2010, del 29 ottobre 2011 (doc. AI 50 e 109). Il ricorso va dunque respinto. All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4).

E. 2.10

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 di complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi

specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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). Va infine 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 Sozialversicherungsrecht, 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). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico 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 psico-sociale 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 psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo il TCA l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che successivamente alla decisione su revisione del 29 ottobre 2011 – con la quale l'amministrazione, accertato un peggioramento transitorio delle condizioni di salute (a motivo dell'intervento subito alla spalla destra), ha confermato il diritto ad una mezza rendita dal 1. giugno 2011 dopo aumento temporaneo a rendita intera dal 1. marzo al 31 maggio 2011 (doc. AI 107; cfr. consid. 2.5) – prestazione poi confermata, dopo nuova revisione, nel settembre 2012 (doc. AI 118), sia subentrato un nuovo peggioramento temporaneo delle condizioni dell'assicurato, nel periodo dal settembre 2013 sino a fine dicembre 2014 (recidiva acuta dell'affezione infiammatoria intestinale), con conseguente abilità al lavoro del 20% e, quindi, dal 1. gennaio 2015 un nuovo ripristino della precedente capacità al lavoro per la sua attività abituale del 50%. Dal gennaio 2015 andava quindi considerata ristabilita la pregressa situazione. Con pertinenza l'amministrazione ha concluso che, fatto salvo il periodo dal settembre 2013 alla fine del 2014 e sino al momento decisivo della resa della decisione impugnata, il ricorrente, malgrado le diagnosi evidenziate dal SAM, era sempre in grado di esercitare nella misura del 50% la sua professione di operaio comunale, con le limitazioni indicate (e del resto fattivamente realizzate sul posto di lavoro), rispettivamente del 70% in una professione maggiormente adatta alle sue condizioni, con un conseguente grado di invalidità che continua a conferirgli il diritto ad una mezza rendita d'invalidità. Il TCA ritiene in particolare che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dai periti del SAM e non ha motivo per metterne in dubbio la dettagliata e convincente valutazione multidisciplinare. Più precisamente, per quanto concerne la problematica psichiatrica, risulta dagli atti che l'assicurato è in cura presso il dr. _____ a decorrere da gennaio 2014, sottoponendosi da una a tre volte al mese a colloqui psicoterapeutici. Nell'ambito della perizia SAM, è stato peritato dalla dr.ssa _____, la quale, sulla scorta dell'ampia documentazione agli atti e due colloqui, della durata di 60 e 30 minuti, eseguito anche il test SCL 90, test in cui l'assicurato ha evidenziato un lieve aumento delle scale di attivazione somatica, sintomi depressivi ed ossessività, ha descritto i disturbi soggettivi ed esposto lo stato psicopatologico e le diagnosi di “Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2)”. Nelle sue conclusioni la specialista ha affermato che l'assicurato presentava una struttura premorboza poco differenziata con un tipo di funzionamento adeguato ad attività semplici e ripetitive. Ha quindi rilevato che tra la diagnosi posta dallo psichiatra curante e la sua non esistevano di fatto rilevanti differenze: l'ambito nosografico era infatti il medesimo (ex nevrosi) e la qualità che si suppone questi quadri possono avere era sovrapponibile e tendenzialmente lieve. Ha quindi giudicato difficile confermare un'incapacità lavorativa psichiatrica superiore al 25-30%. Ha inoltre

affermato di ritenere poco probabile che l'assicurato abbia presentato un'incapacità lavorativa per i soli motivi psichiatrici, superiore a un 50% anche nelle fasi peggiori e più sintomatiche (per esempio quando assumeva ca. 50 mg di cortisone al giorno). In conclusione quindi ritiene che la percentuale d'incapacità lavorativa nella misura del 25-30% vada ritenuta presente dal dicembre 2014 mentre che per le epoche precedenti, anche in considerazione della posologia del cortisone, suppone che l'interessato possa aver presentato un malessere maggiore, anche del 50% tra luglio e dicembre 2014, da ricondurre al fatto che egli appariva ipostenico, facile alla stanchezza, bisognoso di riposi ravvicinati e lento nel recupero, lievemente ansioso e sfumatamente depresso. Infine, ha giudicato la prognosi dal lato psichiatrico tendenzialmente buona, ritenendo che sarebbe utile intervenire con monitoraggi ravvicinati in modo da poter intervenire, ove necessario, con farmaci adeguati. Rispetto alle indicazioni dello psichiatra curante nel gennaio 2015, l'assicurato appariva ad ogni modo migliorato con riduzione della qualità espressiva dei sintomi. Dette conclusioni, supportate da un approfondito esame clinico, dall'esame della cospicua documentazione agli atti, meritano conferma. Sul piano neurologico, nell'ambito degli accertamenti per cervicobrachialgie nel corso del 2013 era stata descritta una probabile radicolopatia (C6/C7 a sinistra) di tipo irritativo e non deficitario. Nel gennaio 2014 nell'ambito di un consulto neurochirurgico presso il dr. _____, tale reperto clinico veniva interpretato come suggestivo per una o più discopatie degenerative associate a una possibile componente articolare posteriore e non a un conflitto disco-radicolare come invece ritenuto dal medico curante di base. Il perito dr. _____, specialista in neurologia, valutata la documentazione agli atti e descritti i disturbi soggettivi, ha esposto dettagliatamente lo stato clinico neurologico risultante nella norma, incluso il referto dell'esame ENG. Il SAM ha quindi esposto che “ nella sua valutazione finale il Dr. med. _____ ribadisce che l'attuale esame clinico neurologico risulta del tutto nella norma e sottolinea che per le parestesie accusate a livello delle mani l'esame ENG esclude una sindrome del tunnel carpale. Fa poi notare che attualmente l'A. non accusa una sintomatologia radicolare a livello degli arti superiori, ciò che è anche confermato dall'esame clinico. Aggiunge che altrettanto non vi sono segni clinici per una radicolopatia lombare dove di nuovo l'A. non descrive sintomi radicolari a livello degli arti inferiori. Il nostro consulente conclude affermando che globalmente non vi sono delle affezioni a carico del sistema nervoso centrale o periferico, incluse le radici cervicali e lombari e pertanto, in assenza di diagnosi neurologiche, non giustifica alcuna limitazione della capacità lavorativa dell'A, per motivi strettamente neurologici in qualsiasi attività professionale”. Anche a questa conclusione, ben motivata e approfondita, che esclude una limitazione della capacità lavorativa dal profilo neurologico, questa Corte deve aderire. Per quanto attiene alle problematiche gastroenterologiche, dal novembre 1998 è stata posta la diagnosi di una rettocolite ulcerosa con ripetute recidive trattate con trattamento classico dal gastroenterologo curante dr. _____. L'assicurato è quindi stato peritato dal dr. _____, gastroenterologo, il quale, riassunti i dati anamnestici e la cronologia dell'evoluzione della malattia diagnosticata nel 1997, ha riferito dell'ultimo esame endoscopico al colon effettuato il 10 febbraio 2015 dal dr. _____ (che non aveva mostrato alcuna alterazione patologica a livello del colon ascendente, del colon trasverso, del colon discendente e del colon sigmoideo; a livello del retto distale vi erano invece delle minime alterazioni infiammatorie). Inoltre i numerosi prelievi biopsici avevano mostrato una mucosa normale ad eccezione della localizzazione del retto dove vi era una lieve atrofia e distorsione ghiandolare senza infiammazione e senza displasie. Dopo la descrizione dei

disturbi soggettivi dell'assicurato ed esposto lo stato clinico internistico che, ad eccezione di un addome leggermente globoso e meteoristico, non presentava masse palpabili o altri aspetti patologici, lo specialista ha posto le diagnosi di " Colite ulcerosa limitata al retto e malattia da reflusso gastroesofageo ". Ha quindi osservato che la colite ulcerosa, manifestatasi nel 1997 con localizzazione sempre solo a livello del retto, non negli altri segmenti del colon, aveva avuto un decorso caratterizzato da periodi di relativa calma intercalati da periodi con fase attiva della malattia, recidive nel 2007 e nel 2008 e nuovamente dal settembre del 2013. Dal luglio 2014 la situazione si era calmata e il paziente attualmente era in remissione sia endoscopica che istologica, pur necessitando sempre di terapia di steroidi, attualmente ridotta. La malattia da reflusso gastroesofageo era al momento sotto controllo con terapia farmacologica, senza disturbi. Endoscopicamente l'esofagite appariva attualmente tranquilla. In merito alla capacità lavorativa lo specialista ha quindi concluso: " Dal 2005 al settembre del 2013 l'incapacità lavorativa era del 50%. Dal settembre del 2013 fino a dicembre del 2014 l'incapacità lavorativa era superiore al 70%. A mio avviso, dal punto di vista gastroenterologico, dal 1 gennaio del 2015 ci sarebbe di nuovo una capacità lavorativa del 50% intesa come limitazione di rendimento. Se la remissione dovesse persistere malgrado la sospensione del Prednisone allora la capacità lavorativa potrebbe ulteriormente aumentare. Prognosi: Attualmente la situazione è stabile ma il paziente è sempre sotto terapia steroidea. Non si potrà continuare in eterno con questa terapia e bisognerà cercare di diminuire la dose del Prednisone. È ancora troppo presto per dire cosa succederà quando il paziente non avrà più steroidi: la recidiva è senz'altro possibile. Anche nel 2013 era in remissione e, dopo poche settimane è subentrata una recidiva delle rettite ulcerosa. Diminuzione della capacità lavorativa La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta, durante la fase acuta, alla diarrea sanguinolenta e nella fase attuale alla stanchezza generale. Non ci sono possibilità terapeutiche per migliorare attualmente lo stato di salute. Se la situazione senza il Prednisone dovesse peggiorare bisognerebbe discutere se iniziare una terapia con un immunosoppressivo o con un medicamento biologico. Attualmente sarebbe possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale ma mi chiedo se non è troppo presto per decidere, vista l'evoluzione ancora incerta della malattia. L'assicurato è in grado di svolgere qualsiasi attività con sforzi fisici da lievi a media intensità, se possibile con la possibilità di recarsi in toilette entro 10-15 minuti in caso di necessità e se possibile senza troppe esposizioni alle intemperie o alle situazioni di stress." Da queste conclusioni, ben motivate e approfondite, che sono state riprese dalla perizia SAM, non vi è motivo di dipartirsi, dovendosi ritenere che dal punto di vista della malattia al colon che interessa l'assicurato, dal gennaio 2015 egli va nuovamente considerato in grado di svolgere qualsiasi attività con sforzi fisici d'intensità da lieve a media, con la possibilità di recarsi alla toilette entro 10-15 min. in caso di necessità e senza troppe esposizioni alle intemperie o alle situazioni di stress. Sul piano reumatologico l'assicurato lamenta dal 2000 dolori ai piedi nell'ambito di un pes planus bilaterale flessibile. A decorrere poi dal 2004 ca. sono note lombalgie recidivanti interpretate dal dr. _____ quale insufficienza/instabilità segmentaria su discopatie degenerative associate a una possibile componente, articolare posteriore. Egli è inoltre stato operato nel maggio 2003 per un'epicondilopatia al gomito destro dal dr. _____, il quale giudicava tuttavia non più esigibili movimenti ripetitivi richiesti dal mansionario lavorativo. Nel corso del 2010 l'assicurato è stato in cura ortopedica dal dr. _____, il quale nel dicembre 2010, nell'ambito di un conflitto subacromiale con rottura parziale del sovraspinoso alla spalla destra, ha proceduto a un intervento di sutura della cuffia rotatoria,

CLB e decompressione sottoacromiale con decorso postoperatorio favorevole tanto che al controllo nel novembre 2011 giudicava la spalla guarita. Sempre l'ortopedico dr. _____ ha segnalato pure alla spalla sinistra, un iniziale quadro di artrosi acromio-claveare con borsite sottoacromiale nonché tendinosi del sovraspinoso senza rottura delle strutture della cuffia dei rotatori. Una scintigrafia ossea trifasica effettuata nel 2014 non ha evidenziato segni riferibili a processi flogistici in fase attiva. Il perito SAM dr. _____, reumatologo, dopo aver descritto nel dettaglio i dati anamnestici, i disturbi soggettivi e lo stato clinico reumatologico, inclusi i referti radiologici, ha escluso la presenza di diagnosi con effetto invalidante ponendo le diagnosi di: "Sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale su: - alterazioni degenerative con condrosi C5-C6, in minor misura C6-C7. Periartrite omeroscapolare tendinopatica della spalla sin. con: - leggera sintomatologia d'irritazione della cuffia senza impingement su un'iniziale artrosi acromioclavicolare. Sindrome lombovertebrale senza componenti di tipo spondilogeno irritative su: - discopatie plurisegmentali della colonna lombare. Stato dopo denervazione del gomito ds. secondo Wilhelm per epicondilopatia radiale cronica nel 2003. Stato dopo intervento chirurgico per ganglio articolare dell'articolazione sottooitale sin. nel 2005. Stato dopo intervento di sutura della cuffia dei rotatori ds. nell'ottobre 2010."

Riassumendo la valutazione del perito, il SAM ha quindi riferito che dal lato reumatologico: "Nella sua valutazione finale il Dr. med. _____ afferma che per quanto riguarda gli aspetti reumatologici attualmente, dal punto di vista clinico, i reperti sono particolarmente blandi. Segnala di non aver riscontrato alcuna sindrome cervicovertebrale, cervicobrachiale, lombovertebrale o spondilogeno o irritative radicolare sia alle estremità superiori, sia a quelle inferiori. A livello della colonna lombare precisa di evidenziare prevalentemente una sindrome lombovertebrale comunque senza segni compressivi ad irritativi radicolari con alle indagini radiologiche la presenza di discopatia di moderata entità prevalentemente L3-L4 ma anche agli altri segmenti lombari. Osserva che per i disturbi alle spalle vi è unicamente un leggero dolore nella abduzione della spalla sin, sopra i 90°, senza segni d'impingement o per una lesione a tutto spessore della cuffia dei rotatori. Osserva inoltre che gli interventi ai quali l'A. è stato sottoposto ai ginocchio ds., al gomito ds., alla spalla ds. ed alla caviglia sin., hanno portato ad un'evoluzione favorevole dei disturbi e non sono ora limitanti. Precisa poi che attualmente vi è una situazione clinica e radiologica che non porta a delle limitazioni per quanto riguarda le attività, per altro già ridotte, nell'ambito di un mansionario lavorativo corretto nel 2005 e con un'attività al 50%. Giudica pertanto che in questo tipo di lavoro e con queste limitazioni l'A. possa essere considerato, dal punto di vista reumatologico, abile al lavoro nella misura completa. Osserva tuttavia una certa difficoltà dell'A. nel lavorare tutto il giorno seduto ad una macchina pulitrice delle strade; mansionario che non va considerato indicato e dovrebbe essere rivalutato, permettendo all'A. di alternare questa attività con altri lavori." Anche tale valutazione appare approfondita e frutto di un esame competente e completo, ragione per cui alla stessa e alle sue conclusioni va prestata adesione. Infine, per quanto riguarda le problematiche di natura pneumologica, l'assicurato è stato peritato dal dr. _____ del servizio di pneumologia dell'Ospedale _____ di _____. Il SAM ha riferito, in modo completo e approfondito, quanto segue: "L'esame di spirometria è risultato nella norme, senza indizi a favore di un disturbo ventilatorio di tipo ostruttivo e il test di bronco-provocazione alla Metacolina è risultato formalmente negativo, anche se l'A. ha notato l'insorgenza di una lieve dispnea. In considerazione dell'anamnesi (dispnea da sforzo) e del miglioramento della sintomatologia con la somministrazione di corticosteroidi sia topici sia sistemici, il Dr.

med. _____ ritiene suggestiva la presenza di un'asma bronchiale primariamente di tipo intrinseco. L'A. è stato presentato al nostro consulente pneumologo Dr. med. _____ (vedasi consulto allegato). In entrata lo specialista riprende i dati anamnestici dell'A. focalizzando sull'affezione respiratoria attuale (asma bronchiale intrinseca di nuova insorgenza). Dopo la descrizione dei disturbi soggettivi espone lo stato clinico internistico che non presenta segni per broncospasmo. Descrive quindi gli esami strumentali effettuati (vedasi capitolo 4.2.4). Espone quindi la diagnosi da noi ripresa al capitolo 5. Nelle sue conclusioni il Dr. med. _____ ricorda che presso questo A. nel 2013 si è manifestata per la prima volta un'asma bronchiale con componente da sforzo che non ha mai necessitato di una presa a carico con corticosteroidi sistemici che però egli assume per la colite ulcerosa. Afferma che l'asma bronchiale ha un aspetto di asma bronchiale di tipo leggero, intermittente, con manifestazione quasi esclusivamente sotto sforzo od al contatto con sostanze irritanti. Annota che l'A. non è a beneficio di alcuna terapia che invece ha utilizzato unicamente nella prima fase dopo la diagnosi di asma bronchiale. Giudica attualmente l'asma bronchiale relativamente stabile e ritiene che l'A., dal punto di vista valetudinario, non va ritenuto inabile al lavoro nella sua attività di operaio comunale. Aggiunge però che vi è una teorica non idoneità per lavori con esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie. Sul piano terapeutico ritiene che, vista la presenza di dispnea allo sforzo, praticamente abbastanza frequente, l'A. dovrebbe essere sottoposto per lo meno probatoriamente nuovamente ad una terapia combinata (Seretide o simili) per lo meno per un mese e poi tentativo di riduzione o sospensione. Ribadisce quindi che l'A. va considerato, dal punto di vista pneumologico, abile al lavoro nella misura del 100% con però una non idoneità per lavori con esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie." Pertanto, alla luce di questi singoli consulti, da considerare approfonditi e ben motivati, effettuata una discussione plenaria tra i vari specialisti che ha ben valutato le varie problematiche esistenti, il SAM ha con pertinenza concluso che a dipendenza delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di Colite ulcerosa limitata al retto, Asma bronchiale intrinseca con componente da sforzo e Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2), l'assicurato presentava una capacità lavorativa del 50% per l'attività lucrativa svolta in qualità di operaio comunale generico (ridotto rendimento sull'arco di un normale orario giornaliero), con non idoneità per mansioni comportanti l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie, nonché esigenti l'utilizzo sull'arco di un'intera giornata lavorativa di macchine pulitrici delle strade con posizione di lavoro costantemente seduta. La limitazione era a detta dei periti dovuta sul piano gastroenterologico alla stanchezza generale, nonché alla ridotta resistenza agli sforzi causate sia dal trattamento in atto, sia dall'affezione stessa; nel caso invece di possibili ricadute acute dell'affezione infiammatoria intestinale, alla diarrea sanguinolenta con relativa riduzione dello stato clinico generale. Inoltre anche sul psicologico e mentale il rendimento lavorativo era ridotto dalla stanchezza, dalla necessità di riposi ravvicinati (già conteggiati nella quantificazione della capacità lavorativa residua) con lento recupero, nonché dagli stati d'ansia con sfumata depressione. Da considerare inoltre erano le limitazioni pneumologiche, ossia la necessità di astenersi da mansioni richiedenti l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. Sul piano reumatologico infine non idonei erano mansioni lavorative esigenti sull'arco dell'intero orario lavorativo giornaliero la postura costantemente seduta alla guida di macchine pulitrici delle strade. Per quanto riguardava l'evoluzione nel tempo, secondo i periti, ricordata la limitazione della capacità lavorativa in misura completa per ogni attività dal dicembre 2010 alla fine di maggio 2011 (intervento chirurgico ortopedico alla spalla destra), con successiva ripresa al

50%, dal settembre 2013 sino a fine dicembre 2014 (recidiva acuta dell'affezione infiammatoria intestinale) la capacità lavorativa era da considerare ridotta al massimo del 20% ca. A decorrere poi dall'1 gennaio 2015 il grado di capacità per la sua attività abituale, andava invece considerato di nuovo nella misura del 50%. Per quanto riferito ad un'attività adeguata, vale a dire rispettosa delle limitazioni ed dei deficit funzionali menzionati, con inoltre un solo sforzi fisici d'intensità da lieve a media, con possibilità di recarsi in ogni tempo alla toilette entra 10-15 min., senza troppe esposizioni alle intemperie od a situazioni di stress elevato, sempre dal 1. gennaio 2015 la capacità era da considerare del 70-75% (rendimento globalmente ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa). In conclusione il SAM ha altresì osservato che secondo il dr. _____ era troppo presto per decidere su un'eventuale indicazione a provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia, vista l'evoluzione ancora incerta della malattia infiammatoria intestinale. Tuttavia, se la remissione della malattia infiammatoria intestinale dovesse persistere malgrado la sospensione del trattamento steroideo, allora la capacità lavorativa potrebbe ulteriormente aumentare, anche tramite provvedimenti professionali.

2.8. A tali conclusioni, fatte proprie anche dal SMR (cfr. rapporto finale 13 aprile 2015 del dr. _____, doc. AI 195), si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, la valutazione SAM non è stata smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Quanto innanzitutto alle valutazioni globali delle patologie, 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 far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013, 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; 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 (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pp. 43-45, il TF ha ulteriormente osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Nella sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 il TCA ha nuovamente avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, scaturente su una ponderata discussione plenaria fra gli esperti interessati (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; 8C_245/2012 del

E. 9

aprile 2013). Nella fattispecie, a proposito della valutazione globale delle diverse patologie di cui è affetto il ricorrente, in ossequio a tale giurisprudenza, i diversi specialisti interpellati dal SAM hanno espressamente dichiarato di aver preso conoscenza dei contenuti e delle

conclusioni dei periti e di concordare con gli stessi, mediante espressa sottoscrizione all'ultima pagina della perizia, dando altresì atto di aver esaminato, tramite una discussione collegiale, la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi d'incapacità lavorativa attestati dai vari profili somatici sulla capacità lavorativa globale (doc. AI 194-43 – 194-47). Quanto alla documentazione prodotta dal ricorrente in fase di osservazioni al progetto di decisione, e meglio la presa di posizione del 7 maggio 2015 della dr.ssa _____ (e attestazioni di inabilità lavorativa completa e del 75% dal 1. maggio 2015 del 27 maggio 2015, doc. AI 217) e il certificato del dr. _____ del 29 aprile 2015, oltre allo scritto 12 maggio 2015 del dr. _____ (cfr. in esteso al consid. 2.5), l'amministrazione li ha sottoposti al SAM, il quale, con complemento di perizia del 15 giugno 2015, suffragato da singoli pareri dei periti interpellati, ha preso posizione ribadendosi nelle proprie conclusioni come segue: " (...) In sintesi concordiamo pienamente con la presa di posizione dei nostri consulenti: la psichiatra Dr.ssa med. _____ annota che il medico curante di base dell'A. Dr.ssa med. _____, nel suo certificato del 27.4.2014 attesta un'incapacità lavorativa nella misura del 25%. Osserva quindi che la psichiatra curante nel suo rapporto del 29.4.2015 non certifica dati sanitari quanta piuttosto esprime il suo parere rispetto alla decisione dell'Ufficio Al del Canton Ticino non trovandosi d'accordo. Osserva inoltre che il RA 1 non pone approfondimenti/ disaccordi a riguardo della valutazione peritale psichiatrica. Dal lato psichiatrico quindi non vi sono argomenti sostanziali tali da apportare modifiche alle conclusioni peritali. Il neurologo Dr. med. _____, dopo attenta lettura della relazione del neurochirurgo Dr. med. _____ (12.5.2015) e della presa di posizione del RA 1 (atto del 20.5.2015) non ritiene si possono rilevare nuovi aspetti per quanta riguarda la parte neurologica. Conferma pertanto quanto scritto nel suo rapporto del 22.3.2015. Il reumatologo Dr. med. _____ precisa di aver ritenuto, nel suo rapporto peritale, che il mansionario professionale ridotto da ultimo richiesto all'A, poteva essere svolto, dal lato strettamente reumatologico, nella forma completa. Precisa che le limitazioni funzionali e di carico descritte in ambito reumatologico tengono conto e sono comprese nell'ambito di un'attività lavorativa del 50% in un lavoro già di per sé adatto alle sue condizioni di salute. Segnala di aver preso atto della documentazione del medico curante di base Dr.ssa med. _____, nonché del neurochirurgo curante Dr. med. _____ e sottolinea che le alterazioni cliniche evidenziate e quelle riscontrate radiologicamente non permettono di determinare un'incapacità lavorativa superiore per l'attività professionale svolta da ultimo dall'A. Il gastroenterologo Dr. med. _____ ribadisce che la colite ulcerosa è un'affezione cronica intestinale che può avere un decorso continuo ma anche spesso un decorso fluttuante. Osserva che a decorrere dal 2013 la situazione clinica dell'A. è peggiorata con recidive più frequenti ma, da quando egli è stato messo sotto trattamento più intensivo vale a dire da luglio 2014, la situazione si è calmata e l'A. attualmente è in remissione sia dal lato endoscopico sia dal lato istologico. Per questo motivo ribadisce la sua valutazione di una capacità lavorativa gastroenterologica nella misura del 50% sino a settembre 2013. A partire poi da questa data sino a dicembre 2014 l'incapacità lavorativa dell'A, era superiore al 70% mentre a decorrere dall'1.1.2015, dal lato strettamente gastroenterologico, la capacità lavorativa dell'A, va di nuovo considerata nella misura del 50% intesa come limitazione di rendimento. Ribadisce che l'attuale situazione di stabilità è dovuta anche al trattamento steroidale in atto. Osserva che dal lato clinico non si può ancora prevedere cosa succederà quando l'A. non avrà più un trattamento steroidale, momento dove giudica possibile una recidiva. Sottolinea infine che l'attuale medico curante di base dell'A. Dr.ssa med. _____ certifica un'inabilità nella misura del 25% nel suo

certificato medico del 27.4.2015. Ribadisce pertanto la sua valutazione peritale. In conclusione, alla luce di quanto riferito dai nostri consulenti, possiamo confermare di concordare pienamente con le loro conclusioni e riteniamo che essi abbiano valutato in maniera completa i punti litigiosi, fondandosi su esami approfonditi, tenendo conto dei disturbi lamentati dall'A., in piena conoscenza dei suoi antecedenti con chiarezza e motivazione. (doc. AI 219) A tali conclusioni, convincenti e approfondite e rese da specialisti delle materie interessate, l'amministrazione, sulla base anche del parere del SMR (doc. AI 220), ha con pertinenza aderito, ritenuto altresì che le certificazioni ulteriori della curante (doc. AI 221, 222, 223) e del dr. _____, chirurgo ortopedico, in merito all'affezione alla spalla sinistra (doc. AI 225), come con pertinenza nuovamente concluso dal SMR (doc. AI 220, 226), non permettono di dipartirsi dalle predette conclusioni, in quanto non apportano alcuna motivazione sostanziale che consenta, anche solo lontanamente, di dipartirsi dalle conclusioni del SAM. Da qui la giusta conferma del progetto di decisione mediante la resa della decisione del 18 settembre 2015 con la quale ha confermato il progetto di decisione statuendo un aumento temporaneo della rendita di invalidità (cfr. consid. 2.5). Tutto bene considerato, nemmeno la documentazione prodotta di fronte a questa Corte permette di dipartirsi dalle motivate conclusioni dell'amministrazione, come del resto con pertinenza concluso dal medico SMR, il quale, nelle Annotazioni del 24 novembre 2015, 15 febbraio e 17 maggio 2016 (doc. VI, XI, XVII), ha osservato che la stessa non contiene nuovi elementi medici/clinici rispetto alla valutazione SAM, non risultando dalla stessa una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla medesima. Come meglio si vedrà di seguito, in effetti gli attuali certificati versati agli atti confermano in sostanza le diagnosi poste dalla perizia SAM e non apportano alcun elemento che possa giustificare una diversa valenza invalidante delle stesse. Innanzitutto, per quel che concerne le certificazioni della dr.ssa _____ del 13 ottobre 2015 (che si limita ad attestare la presenza di " un'importante astenia ingravescente accompagnata da tremori intenzionali importanti invalidanti sotto terapia cortisonica ", doc. A2), del 27 gennaio 2016 (attestante anche l'insorgenza di una candida in bocca, influenze gastrointestinali e bloccaggi della colonna lombosacrale recidivanti, doc. C), e del 29 febbraio e 24 marzo 2016 (in cui elenca le limitazioni nell'esercizio dell'attività lavorativa, doc. D1, D6) negli stessi la curante si limita in sostanza ad elencare le diverse affezioni, le quali sono state, come detto, sufficientemente indagate dai periti SAM, e si limita a confermare, anche per il periodo successivo al 1 gennaio 2015, un'incapacità lavorativa completa rispettivamente del 25% (recte 75%), senza tuttavia apportare alcun nuovo elemento oggettivo diagnostico o clinico, senza prendere minimamente posizione sulla dettagliata valutazione del SAM (di cui peraltro ne condivide in sostanza le diagnosi) e senza indicare i motivi per i quali le sue conclusioni sulla capacità lavorativa si discostano da quelle del SAM rispettivamente le ragioni per le quali le conclusioni peritali non dovrebbero essere corrette. Rilevato quindi come le valutazioni della dr.ssa _____ siano sostanzialmente riconducibili al medesimo quadro clinico evidenziato dalla perizia SAM e configurino in sostanza tutt'al più una differente valutazione delle ripercussioni invalidanti delle medesime affezioni, la quale, ricordata nuovamente la dianzi citata giurisprudenza in materia di valutazione da parte dei medici curanti (considerando 2.6), è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011), questo TCA deve concludere che la stessa non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su convincenti pareri specialistici confluiti in una perizia SAM

dettagliata e convincente. Del resto sulle certificazioni della curante si è chinato più volte il medico SMR (cfr. Annotazioni del 15 febbraio e 17 maggio 2016), affermando che la documentazione prodotta non conteneva elementi nuovi né un sostanziale e rilevante peggioramento del quadro clinico rispetto alla valutazione SAM (doc. XI, XVII). Nemmeno permette di concludere diversamente il certificato del dr. _____ del 27 ottobre 2015 (doc. B), sul quale del resto si è espresso in modo convincente il SMR nell'annotazione 24 novembre 2015, affermando che la certificazione non conteneva nuovi elementi rispetto a quello del 29 aprile 2015 (doc. VII/1). In effetti lo psichiatra curante non menziona elementi nuovi rispetto alla valutazione SAM, limitandosi in sostanza a elencare i problemi lamentati dal paziente, ribadendo la sua conclusione di capacità lavorativa del 25%. Né peraltro lo specialista precisa i motivi che fonderebbero la sua diversa conclusione in materia di capacità lavorativa rispetto alla perizia del SAM, rispettivamente rispetto alla valutazione della dr.ssa _____. L'assicurato ha inoltre prodotto un referto relativo alla esofagogastroduodenoscopia eseguita il 15 marzo 2016, al fine di valutare l'evoluzione della "malattia da reflusso gastroesofageo con ernia iatale ed esofagite stadio I". Dallo stesso emerge una situazione stabile con la conclusione "unicamente" di una reperto di "ernia iatale con esofagite" necessitante di proseguimento della terapia con Pantoprazol a lungo termine (doc. D4). Richiesto in merito, il medico SMR, nella sua annotazione del 17 maggio 2016, ha ribadito che da tale documentazione non risultava alcuna modifica dello stato di salute con influsso prolungato sulla capacità lavorativa residua (doc. XVII). In effetti, tale referto non mostra nuovi elementi rispetto al quadro clinico noto, né peraltro si pronuncia minimamente sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Nemmeno rilevante, ai fini del presente contendere, appare la documentazione prodotta in relazione all'intervento di vasectomia bilaterale eseguito il 18 aprile 2016 (doc. D10). A prescindere dal fatto che la stessa non sarebbe comunque di rilievo in questa sede in quanto riferita a circostanze avvenute successivamente alla resa della decisione contestata (che, come detto, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 130 V 138), dagli atti emerge come in ogni caso l'intervento in questione non abbia causato un'inabilità lavorativa duratura, ma limitata al periodo dal 18 aprile al 13 maggio 2016. In questo senso del resto si è espresso il medico SMR (cfr. Annotazione 17 maggio 2016, doc. XVII). Irrilevante, oltre che assolutamente non suffragata da alcun materiale probatorio, è pure l'insorgenza, segnalata dal ricorrente con scritto del 4 maggio 2016, di una "epidimite recidivante" manifestatasi dal febbraio 2016 e, quindi, in un momento ampiamente successivo alla resa della decisione oggetto di disamina (doc. XV). Infine, non permette di concludere diversamente nemmeno il certificato della dr.ssa _____ che riferisce di un consulto per rettoragie, senza alcuna osservazione in merito ad una eventuale limitazione della capacità lavorativa, in merito alle quali il SMR ha osservato con pertinenza che non attestavano un peggioramento del quadro clinico (doc. XI). Questa Corte deve quindi senza riserve aderire alle conclusioni del SMR, per il quale le certificazioni prodotte dal ricorrente non oggettivano elementi che possano comportare una modifica della dettagliata valutazione eseguita dal SAM e che permettano quindi di discostarsi dalla stessa, ribadito peraltro il principio per cui 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). Né del resto l'assicurato fa valere nel suo ricorso altre considerazioni che permettano in qualche modo di scostarsi dalle conclusioni del SAM. In

realtà l'assicurato ha formulato un dissenso sostanzialmente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall'amministrazione, senza produrre elementi di natura medica convincenti idonei a metterne in dubbio la validità. Del resto, il fatto che l'assicurato abbia continuato, anche dopo il 1. gennaio 2015, a lavorare soltanto nella misura del 25%, in base alle certificazioni della curante, percependo per l'assenza nella misura del 25% le relative indennità giornaliere, non modifica le suesposte conclusioni. Il riconoscimento di prestazioni dell'AI si basa in effetti su un'attenta valutazione della capacità lavorativa e di guadagno dell'assicurato che nella fattispecie ha, come detto, portato a concludere per la ripresa, dal 1. gennaio 2015, della pregressa capacità lavorativa del 50%. Tale corretta valutazione, sulla quale esclusivamente deve basarsi il giudizio dell'amministrazione in merito alle prestazioni, non può evidentemente essere messa in discussione dalla circostanza che l'interessato sia attivo professionalmente in misura ridotta rispetto alla sua capacità lavorativa medico teorica, sulla base di certificazioni della curante che, come visto, non sono in grado di modificare conclusioni peritali approfondite. Alla stessa nemmeno può mutare l'addotta precarietà e fragilità della sua condizione medica, considerato come della stessa è stato adeguatamente tenuto conto dai periti SAM. Nemmeno il fatto che in futuro il datore di lavoro dell'assicurato dovrebbe ulteriormente modificare il mansionario lavorativo in base alle limitazioni della capacità lavorativa poste dai medici oppure che lo stesso potrebbe decidere di interrompere il rapporto di collaborazione, appare rilevante nella fattispecie, trattandosi di questioni afferenti il rapporto lavorativo. In ogni modo occorre rilevare che per il momento l'eventualità della perdita del posto di lavoro non appare realizzata (doc. AI 227). Inoltre, come ammesso dal ricorrente, il suo mansionario lavorativo è stato adottato più volte alle sue limitazioni nel corso degli anni ed è compatibile con le stesse (cfr. anche certificato del dr. _____ del 7 luglio 2015, doc. AI 225). Inoltre, ai fini dell'attribuzione delle prestazioni assicurative dell'AI le problematiche inerenti al mercato occupazionale non sono di rilievo, per le stesse assumendo esclusiva rilevanza la capacità lavorativa, rispettivamente la perdita di guadagno che ne deriva, mentre che l'eventuale mancata occupazione di per sé dovrebbe se del caso essere oggetto di esame da parte di altri enti assicurativi, segnatamente dell'assicurazione contro la disoccupazione. Quanto infine alla necessità di monitoraggio medico e, quindi, di ripetute visite mediche, con conseguenti assenze dal lavoro, la valutazione della capacità lavorativa da parte del SAM ha già tenuto conto di tali necessità, ove peraltro si ricordi che le rivedute condizioni lavorative concordate con il datore di lavoro da alcuni anni manifestamente pure hanno considerato tale aspetto (cfr. fra i tanti doc. AI 25). Con riferimento agli accorgimenti che secondo il ricorrente egli ha dovuto adottare per rendere compatibile le sue esigenze legate alle problematiche alla salute (per esempio legate alla necessità di recarsi in bagno) con lo svolgimento dell'attività lavorativa, va detto che in generale questo TCA non sottovaluta la difficile situazione in cui l'assicurato si trova. Tuttavia, come detto, il giudizio sulle prestazioni da erogare non può prescindere da una valutazione obiettiva della capacità lavorativa medico-teorica, in casu operata con completezza e competenza dal SAM. Inoltre, sia in proposito richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia 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 i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572). Infine, contrariamente a quanto addotto dal ricorrente nel suo ricorso, la valutazione reumatologica operata dal SAM, sulla base del dettagliato consulto specialistico effettuato dal dr. _____, dopo analisi anche delle

considerazioni della dr.ssa _____ e del dr. _____, si riferisce espressamente all'attività professionale svolta dall'assicurato, con un mansionario ridotto dal 2005. Va nuovamente ricordato che il ricorrente sin dal 2004 svolge mansioni " concordate che escludono tutta una serie di attività che ne possono peggiorare lo stato di salute " (attestazione del datore di lavoro del 16 agosto 2004, doc. AI 25). Nel suo rapporto 11 giugno 2015 il dr. _____ ha precisato di aver ritenuto che questo mansionario ridotto possa essere svolto nella forma completa, ritenuto che " le difficoltà al mantenere delle posizioni statiche soprattutto nel condurre delle macchine pulitrici delle strade oppure le limitazioni nell'ambito dell'alzare dei pesi fino a circa 10 kg e le limitazioni nel piegare ripetutamente la colonna vertebrale tengono conto e sono comprese nell'ambito di un'attività lavorativa del 50% in un lavoro già di per se adattato alle condizioni di salute dell'assicurato. Per questo motivo la mia valutazione era quella di una capacità lavorativa completa in questa attività lavorativa parziale e adatta svolta dal 2005 ." (doc. AI 219-8). Sia detto infine che il ricorrente non può essere nemmeno seguito laddove interpreta, a giudizio del TCA impropriamente, l'annotazione 15 aprile 2015 del medico SMR, volendo segnatamente dedurre che il medico negherebbe l'intervento di un miglioramento a far tempo dal gennaio 2015 (doc. AI 197). In realtà la precisazione è manifestamente riferita all'esecuzione di un'attività adeguata, per l'esercizio della quale il SAM aveva ammesso una capacità lavorativa del 70-75% (doc. AI 194-39). In effetti, il funzionario AI ha sottoposto il 15 aprile 2015 al SMR la questione di sapere se dal gennaio 2015 vi era stato " in attività adatte" un miglioramento dello stato di salute con aumento della CL o se si trattava " di diversa valutazione rispetto alla precedente " (doc. AI 196). La questione appare in ogni modo priva di rilevanza pratica laddove l'amministrazione, alla luce di quanto risposto dal SMR (" in realtà lo stato di salute non può considerarsi migliorato. In questa occasione si è proceduto a definire con esattezza la misura della capacità lavorativa in attività adeguata, che non fu fatto così scrupolosamente nel passato come spesso assistiamo nei dossier di vecchia data ", doc. AI 197), ha basato il suo giudizio ammettendo unicamente la ripresa dell'inabilità lavorativa progressa (50% nella sua attività) e, quindi, giudicando la situazione sostanzialmente invariata rispetto all'epoca dell'erogazione della mezza rendita. Nessun miglioramento è quindi stato ammesso. In sintesi il ricorrente non fa quindi valere alcuna argomentazione che consenta a questa Corte di dipartirsi dalle conclusioni della perizia SAM (doc. AI 194), le quali risultano dettagliate, coerenti e prive di contraddizioni né fa valere l'esistenza di altre affezioni che non siano già state attentamente vagliate dai periti del SAM. In conclusione, rispecchiando la perizia SAM del 10 aprile 2015 tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto dopo la resa della perizia e prima della decisione contestata del 18 settembre 2015 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2), a ragione l'Ufficio AI - sulla base anche dei pareri del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.6) -, e richiamato altresì nuovamente l'obbligo di ridurre il danno che incombe all'assicurato (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), ha ammesso che, successivamente alla decisione del 29 ottobre 2011 (con la quale è stata confermata l'attribuzione della mezza rendita, fatta eccezione per il riconoscimento di una rendita intera dal 1. marzo al 31 maggio 2011, doc. AI 109; cfr. consid. 1.1), se era da riconoscere un

nuovo peggioramento transitorio (con conseguente incapacità lavorativa totale) dal settembre 2013 sino a fine 2014 (con conseguente attribuzione di una rendita intera dal 1 dicembre 2013 al 30 aprile 2015), dal 1. gennaio 2015 andava ammesso il ripristino della precedente incapacità lavorativa e di guadagno (50%), nella sua abituale professione. In attività leggere e adeguate, inoltre, sempre da inizio 2015, la capacità lavorativa era del 70% (attività a tempo pieno con riduzione del rendimento). Rispetto al transitorio peggioramento intervenuto dal settembre 2013, dal gennaio 2015 era quindi subentrato un duraturo miglioramento dello stato di salute che ha comportato anche un aumento della capacità lavorativa in ogni attività e, quindi, il recupero della pregressa capacità lavorativa e di guadagno. Se è vero che nel corso degli anni si è assistito ad una parziale modifica delle diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa - nel 2005: “ Proctite ulcerosa, Epicondilita radiale cronica al gomito destro (stato da denervazione maggio 2003), sindrome di Tietze (dolori dell'articolazione sternocostale) e Sindrome ansiosodepressiva reattiva alla malattia intestinale” , doc. AI 30; in sede di revisione del 2011 diagnosi invariate ad eccezione dell'inabilità completa transitoria a motivo di “ intervento artroscopico di sutura della cuffia rotatoria e borsectomia parziale subacromiale ”, doc. AI 98; cfr. sopra al consid. 2.5 -, ritenuto che il SAM ha posto quali diagnosi invalidanti quelle di “ Colite ulcerosa limitata al retto, Asma bronchiale intrinseca con componente da sforzo, Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2)” (cfr. sopra consid. 2.5), la situazione non appare comunque sostanzialmente modificata, malgrado puntuali modifiche delle limitazioni funzionali da osservare e, soprattutto, non vi è stata, come detto, modifica alcuna dal punto di vista del grado di inabilità lavorativa (fatta eccezione per il periodo dal settembre 2013 al dicembre 2014). Visto quanto sopra, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Ne discende che non occorre predisporre accertamenti ulteriori.

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