

# **TI\_GERICHTE 32.2016.10 vom 24. Dezember 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-12-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.10)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.10 du 24 décembre 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.10 del 24 dicembre 2015

## **Regeste**

Rendita scalare. Perizia SAM confermata. Valutazione economica. La riduzione globale del 15% dal reddito statistico da invalido tiene conto di tutte le circostanze del caso concreto

## **Erwägungen**

### **E. 1**

ottobre 2012 al 31 agosto 2014 e dal 1. maggio 2015 in avanti (cfr. consid. 1.3). 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992

pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morbo, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). 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). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. 2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPG (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPG stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPG (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (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). L'art. 88a cpv.

## E. 2

OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.5. L'Ufficio AI, come accennato (cfr. consid. 1.1 e 1.2) – vista la domanda di prestazioni del febbraio 2012 e conformemente alla transazione omologata da questo Tribunale nel decreto di stralcio 3 giugno 2014 – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (cfr. doc. AI 74/187-190, 81/216-217, 82/218-220 e 83/221). Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 14 settembre 2015 (doc. AI 84/222-295), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno bilaterale a ds. cronica e persistente a sin. a carattere recidivante in: • stato dopo intervento di stabilizzazione L4-L5 e decompressione del canale spinale, giugno 2014 (Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), • probabile progressiva claudicatio spinale, attualmente non più sintomatica. Tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico primario. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Ipertensione arteriosa essenziale, trattata dal 2006. Obesità corporea (BMI 38%). Segni ematochimici epatici di possibile steatoepatite. Nozione anamnestiche d'iperuricemia e di gonfiore all'alluce sin. (...)" (doc. AI 84/20) In sede di discussione i periti hanno evidenziato che: " (...) Si tratta di un uomo di 52 anni, di nazionalità \_\_\_\_\_, sposato dal 1995 con una donna di cinque anni minore d'origine \_\_\_\_\_, padre di due figlie, nate nel 1995, rispettivamente 2001, la secondogenita ancora a carico. Sino all'età di 21 anni l'A. vive in patria, dove riferisce di aver frequentato la scolarità dell'obbligo durante otto anni senza bocciature. Inizia quindi subito a lavorare quale manovale nella costruzione di strade od in attività di carpenteria. Dopo il servizio militare trova lavoro, durante due anni, in \_\_\_\_\_, sempre nel settore edile quindi, rientrato in \_\_\_\_\_, sino alla fine del 1992 lavora in proprio e "in nero" quale tuttofare nel settore edile. Nel gennaio 1993 si trasferisce presso conoscenti a \_\_\_\_\_ dove inizialmente non trova posti di lavoro regolari sino a gennaio 1995 quando viene assunto quale aiuto carpentiere presso la \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, attività che svolge per ca. tre

anni. Dal 1998 al 2001 ottiene un contratto di lavoro presso la ditta edile \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, assunto con il mansionario di muratore. Dal 2001 a fine ottobre 2011 è impiegato quale muratore presso l'\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. A decorrere dal 27.10.2011 l'A. è certificato totalmente inabile al lavoro dal proprio medico curante a causa dell'esacerbarsi di una lombosciatalgia, affezione in seguito dal decorso cronico-persistente. L'A. ricorda che alcuni tentativi di ripresa dell'attività lavorativa quale muratore sarebbero subito falliti a causa della sua impossibilità a garantire il mansionario sull'arco dell'intera giornata lavorativa. Ricorda di aver percepito prestazioni IPG da parte dell'Assicurazione \_\_\_\_\_ per ca. sedici mesi, vale a dire sino a ca. aprile 2013. Nel febbraio 2012 l'Assicurazione \_\_\_\_\_ annuncia il caso dell'A. all'Ufficio AI del Canton Ticino e si giunge poi alla richiesta di prestazioni AI per adulti in data 22.7.2012 [ndr. recte: 27.2.2012]. La stessa Assicurazione \_\_\_\_\_, in considerazione della prolungata incapacità lavorativa totale dell'A., procede a due perizie (Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia - atto del 7.9.2013 [ndr. recte: 2012] - e Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH neurologia - atto dell'11.9.2012). Entrambi i periti ritengono non più esigibile il mansionario lavorativo di muratore mentre giudicano possibile una capacità lavorativa tra il 40 ed il 75% in attività meglio adatte. In ambito AI il grado d'invalidità dell'A. viene calcolato nella misura del 27% e pertanto in data 26.2.2014 l'Ufficio AI del Canton Ticino decide di respingere la richiesta di prestazioni dell'A. Il ricorso dello stesso contro questa decisione, inoltrato presso il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni di Lugano, porta allo stralcio della causa per intervenuta transazione tra le parti. In effetti, in occasione del primo colloquio di aiuto al collocamento presso l'Ufficio AI del Canton Ticino, l'A. annuncia il previsto intervento chirurgico alla schiena nei prossimi mesi. Purtroppo l'esito di tale intervento (vedasi capitolo 3.4) effettuato presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, non risulta favorevole con persistenza di dolori sia a livello lombosacrale sia irradiati nell'arto inferiore ds. Alla luce della polipatologia presentata dall'A., il Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI del Canton Ticino ritiene ora indicata una valutazione pluridisciplinare in ambito neurologico, reumatologico ed anche psichiatrico, benché dagli atti non risultino affezioni in questo ambito e l'A. non è mai stato in cura psichiatrica. In data 7.5.2015 l'Ufficio AI del Canton Ticino ci incarica per un esame interdisciplinare senza quesiti peritali supplementari. Durante il soggiorno dell'A. presso il SAM, abbiamo potuto evidenziare le seguenti patologie decisive per la valutazione del caso: Patologia psichiatrica Sul piano psichiatrico l'A. riferisce l'assenza di affezioni maggiori nel proprio gentilizio, egli stesso non è mai stato in cura psichiatrica, non ha mai assunto psicofarmaci. Ammette di essere molto preoccupato per la difficile situazione professionale ed economica venutasi a creare ma precisa di sentirsi ben sostenuto dai propri famigliari, in particolar modo dalla moglie e dalla primogenita, attualmente uniche fonti di entrate finanziarie in famiglia. L'indicazione per un accertamento pure in ambito psichiatrico è posta dal Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI del Canton Ticino (Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina generale, atto dell'8.8.2014). L'A. è stato presentato al nostro consulente in psichiatria Dr. med. \_\_\_\_\_ (vedasi consulto allegato). In entrata lo specialista precisa di essersi avvalso di un'unica consultazione della durata di un ora, ciò che gli ha permesso di ottenere un numero sufficiente di elementi per giungere a delle conclusioni esaustive in merito alla valutazione dello stato valetudinario di questo A. Espone quindi in modo riassuntivo i dati anamnestici dell'A., sottolinea che l'anamnesi personale psichiatrica risulta negativa. Dopo la descrizione dei disturbi soggettivi il Dr. med. \_\_\_\_\_ espone in modo dettagliato lo stato psicopatologico

attuale che non evidenzia disturbi di particolare gravità. Nelle sue conclusioni finali il nostro consulente osserva che questo A. ha sempre svolto un'attività lavorativa continuativa sino al momento dell'insorgenza dei problemi ortopedici alla schiena che lo hanno costretto a sospenderla praticamente a titolo definitivo. Prende atto che all'A. è stata teoricamente concessa la possibilità di lavorare ma in un'attività meno pesante di quella precedentemente svolta. Afferma che l'A. si è quindi trovato confrontato con una situazione di ricerca infruttuosa di una nuova attività adatta non potendo però nemmeno contare su un miglioramento del proprio stato di salute ed in particolare dei dolori accusati che sono rimasti pressoché invariati nonostante l'intervento effettuato a \_\_\_\_\_ nel corso del 2014. Precisa poi che dal lato strettamente psichiatrico non si evidenziano disturbi di particolare gravità e per quanto riguarda i disturbi del sonno riferiti, questi ultimi appaiono come esclusivamente da ricondurre ai dolori alla schiena. Precisa infine di non poter evidenziare alcuna affezione psichiatrica degna di nota e giudica l'A., dal lato strettamente psichiatrico, capace al lavoro in misura completa per qualsiasi attività esigibile sul piano somatico. Patologia neurologica Sul piano neurologico l'A. è stato valutato dal neurologo Dr. med. \_\_\_\_\_ al quale l'Assicurazione \_\_\_\_\_ ha chiesto una perizia in considerazione della prolungata totale incapacità lavorativa (vedasi atto dell'11.9.2012). Questo specialista segnalava una chiara claudicazione di tipo spinale, non grave, ma significativa per l'attività lavorativa svolta quale muratore. Confermava la presenza di una discopatia L4-L5 con ernia del disco mediana e paramediana bilaterale, nonché una sindrome del canale lombare stretto a livello L4-L5 su base discale degenerativa. Riteneva l'attività lavorativa fino ad allora svolta in qualità di muratore edile non più esigibile mentre nell'ambito di attività rispettose dei limiti di carico e funzionali, giudicava ragionevolmente esigibile la ripresa di un'attività nella misura del 40-50%. Sulla base poi dell'evoluzione sfavorevole con riduzione dello spazio discale L4-L5 e a questo livello una stenosi foraminale recessale bilaterale nell'ambito di una grossa ernia discale medio-laterale sin. L4-L5, il neurochirurgo Dr. med. \_\_\_\_\_ pone l'indicazione per un intervento di decompressione nonché spondilodesi L4-L5, trattamento effettuato in data 11.6.2014 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Da allora tuttavia persistono dolori irradiati specialmente nell'arto inferiore ds. ma ultimamente pure nell'arto inferiore sin., di origine non chiara. L'A. è stato presentato al nostro consulente in neurologia Dr. med. \_\_\_\_\_ (vedasi consulto allegato). In entrata il neurologo riprende i dati anamnestici dell'A. facendo riferimento agli atti in visione ed al capitolo 3.2, focalizzando sugli aspetti neurologici. Prende atto della valutazione neurologica redatta dal collega Dr. med. \_\_\_\_\_ nel settembre 2012 il quale riteneva che la situazione clinica evidenziata impediva all'A. la ripresa dell'attività lavorativa sino ad allora svolta. Descrive quindi il decorso dopo l'intervento chirurgico di decompressione bilaterale e spondilodesi con PLIF L4-L5 effettuato nel giugno 2014 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Dopo la descrizione dei disturbi soggettivi il Dr. med. \_\_\_\_\_ espone in modo dettagliato l'attuale stato clinico neurologico dove conferma unicamente un deficit sensitivo lateralmente alla coscia ds. mentre non vi sono deficit motori, né alterazioni dei riflessi osteotendinei. Prende quindi nota della documentazione radiologica in visione (vedasi capitolo 4.2.2). Nella sua conclusione finale il nostro consulente afferma che da almeno quattro-cinque anni in modo costante, questo A. soffre di dolori alla colonna lombare che si estendono in modo variabile agli arti inferiori. Osserva che anche nelle precedenti valutazioni neurologiche non sono mai stati descritti deficit francamente radicolari mentre, sulla base di un'importante stenosi del canale spinale, si era ipotizzata una claudicatio

spinale, motivo del trattamento chirurgico. Annota che la successiva evoluzione è stata caratterizzata dalla persistenza di dolori lombari ed in parte agli arti inferiori. A riguardo del deficit sensitivo evidenziato afferma che si tratta di un deficit molto ben localizzabile su un territorio corrispondente al nervo cutaneo femorale laterale ds., reperto che corrisponde piuttosto ad una meralgia parestetica e non ad un deficit di tipo radicolare. Precisa inoltre che attualmente non sussistono elementi chiaramente indicativi per una problematica riferibile ad una claudicatio spinale. Ritiene che l'attuale situazione Lombare sia principalmente spiegata da una sindrome da insufficienza lombovertebrale cronica attualmente senza deficit di tipo radicolare. Sottolinea che si tratta di una situazione riferibile principalmente a problematiche in ambito reumatologico. Afferma che attualmente, dopo l'intervento di decompressione lombare del giugno 2014, la situazione a livello del segmento L4-L5, almeno per quanto riguarda gli aspetti neurologici, è certamente migliorata anche sulla base dei reperti radiologici, per cui ritiene sicuramente più rilevanti gli aspetti di competenza reumatologica. A riguardo del giudizio valetudinario ribadisce che dal lato strettamente neurologico attualmente non si riscontrano deficit oggettivi rilevanti, né vi sono sintomi sospetti per una lesione neurogena maggiore per cui l'A., dal lato neurologico, può essere ritenuto abile al lavoro al 100%. Aggiunge che più rilevanti risultano sicuramente essere gli aspetti reumatologico-ortopedici. Aggiunge poi che dal lato neurologico vi era stata in passato un'incapacità lavorativa parziale (40-50%) verosimilmente tra metà 2012 e luglio 2014, cioè in una fase dove sussisteva pure una componente neurogena verosimilmente dovuta ad una claudicatio spinale, poi in gran parte risolta dopo l'intervento del giugno 2014. Patologia reumatologica Sul piano reumatologico l'A. ha iniziato a lamentare dolori lombari non irradianti a decorrere dal 2005 ca. con nel corso del 2006 l'evidenza all'esame di MRI della colonna lombosacrale di una discopatia trisegmentale da L3 a S1 con protrusione discale mediana L4-L5 nonché spondilartrosi senza però stenosi del canale spinale. Nel corso del 2011 vi è poi stata un'esacerbazione delle lombalgie con allora irradiazioni sciatalgiche bilaterali nelle cosce. In occasione della perizia reumatologica richiesta dall'Assicurazione \_\_\_\_\_ al Dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (atto del 7.9.2012) veniva confermata la presenza di una sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale con ernia discale molto voluminosa a base larga L4-L5 comprimente la cauda equina con importante stenosi del canale spinale, inoltre sindrome cervicospondilogenica cronica bilaterale con tendenza fibromialgica. Sul piano valetudinario l'A. veniva valutato capace al lavoro nella misura massima del 20% per l'attività svolta di muratore mentre in attività meglio adatte la capacità lavorativa veniva giudicata nella misura del 75%. Da fine ottobre 2011 l'A. non è più stato in grado di riprendere l'attività lucrativa di muratore, il decorso ha presentato un evidente aumento delle alterazioni tipo Modic a livello della colonna lombosacrale con inoltre stenosi foraminale recessale bilaterale L4-L5 motivo per cui è stata posta l'indicazione per un intervento di decompressione e spondilodesi del segmento L4-L5, intervento effettuato presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data 11.6.2014. Il decorso postoperatorio, a parte un'iniziale leggero miglioramento, non è stato favorevole con persistenza dei dolori sia a livello lombosacrale sia irradiati in special modo nell'arto inferiore ds. Presso l'A. è pure nota un'iperuricemia sintomatica con diversi attacchi di gotta a livello dell'articolazione metatarso-falangea I dei piedi, ma anche a livello delle ginocchia come descritto in occasione del rapporto d'uscita della Clinica di neurochirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nel giugno 2014. L'A. è stato presentato al nostro consulente in reumatologia Dr. med. \_\_\_\_\_ (vedasi consulto allegato). In entrata lo specialista

riprende i dati anamnestici dell'A. focalizzando sugli aspetti reumatologici; descrive in modo dettagliato l'evoluzione dei disturbi a livello della colonna vertebrale nella zona lombare esorditi nella primavera del 2006. Annota la valutazione peritale reumatologica effettuata dal collega Dr. med. \_\_\_\_\_ nel settembre 2012 (incapacità lavorativa 80% quale muratore, 25% in attività adatte). A riguardo del trattamento chirurgico (spondilodesi con PLIF L4-L5 nel giugno 2014) osserva che il decorso è stato caratterizzato da un miglioramento dei disturbi durante il primo mese e poi progressivamente si sono ripresentati i dolori nella forma antecedente se non addirittura in maniera superiore. Dopo la descrizione dei disturbi attuali il Dr. med. \_\_\_\_\_ espone in modo dettagliato lo stato clinico reumatologico e gli esami radiologici in visione (vedasi capitolo 4.2.2). Espone poi le diagnosi di sua competenza, da noi riprese al capitolo 5. Nella sua valutazione finale riprende in modo orientativo i dati anamnestici dell'A., gli aspetti clinici e radiologici a conferma delle diagnosi poste. Afferma che attualmente dal lato clinico si può riscontrare una sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno più costante e cronica alla gamba ds. con un disturbo della sensibilità lateralmente alla coscia ed una sporadica recidiva della sindrome spondilogeno a sin. Aggiunge che il quadro clinico è completato da una serie di tender-points prevalentemente alla colonna cervicale, alla muscolatura del trapezio, al passaggio cervicotoracale sul lato sin. ed alle spalle bilateralmente, indicativi della presenza di un quadro di reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico. A pag. 9 del suo rapporto espone in modo dettagliato i limiti funzionali e di carico dal lato reumatologico. Sul piano valetudinario afferma che per quanto riguarda l'ultima attività lucrativa svolta di carpentiere e muratore, l'A. va ritenuto inabile al lavoro nella misura completa e ciò dall'intervento chirurgico di fissazione L4-L5 dell'11.6.2014. Per l'attività di casalingo giudica l'A. capace al lavoro nella misura del 90% a partire da tre mesi dopo l'intervento chirurgico. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ entra poi nell'ambito della valutazione della capacità di lavoro dell'A. in attività lavorative meglio adatte dal lato reumatologico, che giudica nella misura del 65% (riduzione del rendimento sul posto di lavoro ed in parte anche necessità di una riduzione del tempo di lavoro per permettere all'A. di approfittare di pause più prolungate e ripetute durante l'attività professionale). Precisa che rispetto alla precedente valutazione reumatologica da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_ non vi è stato un miglioramento sia dal punto di vista clinico, sia dal punto di vista soggettivo. Osserva che il quadro di tipo fibromialgico ha mostrato un peggioramento in questo periodo, in particolar modo negli ultimi sei mesi. In questo senso il nostro consulente ritiene giustificata un'incapacità professionale nella misura del 35% anche in un'attività lavorativa adatta a decorrere da sei mesi dopo l'intervento chirurgico della colonna lombare. Giudica piuttosto sfavorevole la prognosi valetudinaria per quanto riguarda le alterazioni degenerative della colonna vertebrale, in considerazione della possibile progressione delle discopatie ai segmenti L3-L4 ed L5-S1. Ritiene poi utile un tentativo di reinserimento professionale in un'attività lavorativa adatta nella misura parziale. Sul piano terapeutico, dal lato strettamente reumatologico, non ritiene che si potranno migliorare ulteriormente le condizioni di salute dell'A. in modo tale da migliorarne pure la capacità lavorativa. (...)" (doc. AI 84/241-246) Visti tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico teorica globale dell'A., nell'attività lucrativa da sempre svolta in qualità di carpentiere/muratore va considerata nella misura dello 0% in quanto non più esigibile. (...)" (doc. AI 84/247) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA 8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 0%. 8.1.1 A quali deficit funzionali é dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? L'A. è limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale; limitati sono i movimenti di flessione e/o rotazione del tronco, anche in parte di estensione e flessione laterale. Egli è limitato nel mantenere la posizione seduta per più di due ore. La posizione eretta è possibile cambiando appoggio per ca. un ora e mezza, la posizione monotona eretta per ca. 15-20 min. L'A. è pure limitato nel sollevare pesi ripetutamente superiori ai 5 kg, saltuariamente superiori a 7,5-10 kg. 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 0%. 8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Non concerne. 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Non concerne. 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Non concerne. 8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? A decorrere dal 27.10.2011 come certificato dal medico curante e confermato in occasione delle valutazioni peritali in ambito reumatologico e neurologico nel settembre 2012. Da allora lo stato di salute, rispettivamente lo stato funzionale e la capacità di lavoro dell'A. non hanno presentato sostanziali e duraturi miglioramenti. La prognosi valetudinaria a medio-lungo termine, per quanto riguarda l'attività lavorativa esercitata dall'A., risulta sfavorevole. 9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 65% (ridotto rendimento e ridotto orario di lavoro giornaliero al fine di permettere all'A. di beneficiare di pause più prolungate e ripetute durante l'attività professionale). 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione). Un'attività lavorativa adeguata allo stato di salute attuale dell'A. dovrà rispettare pienamente i limiti funzionali e di carico riferiti nella risposta al quesito 8.1 .1. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. 65% come riferito sopra. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. La percentuale del 65% va intesa sia come riduzione del rendimento sull'arco di una normale giornata lavorativa, sia come riduzione del tempo di lavoro per permettere all'A. di beneficiare di pause più prolungate e ripetute. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Non concerne. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sì, queste ultime sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua di cui sopra. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? A decorrere da sei mesi dopo l'intervento chirurgico subito dall'A. alla colonna lombare, vale a dire da gennaio 2015. 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. In ambito domestico la capacità di lavoro dell'A. va considerata nella misura del 90%, limite giustificato dalla non esigibilità di mansioni altamente

inergonomici per la colonna vertebrale in quanto a rischio di peggiorare la situazione.

9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti

professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? Sì, riteniamo sostenibile un aiuto al reinserimento professionale in attività meglio adatte allo stato di salute attuale dell'A. 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di

quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Sarà di capitale importanza, viste le preoccupazioni e le aspettative espresse dall'A., il sostegno e la collaborazione da parte del medico curante nell'affrontare questa sfida. 9.2.4 Se in corso di revisione si

constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Non concerne. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1

Adeguatezza della terapia attuale, esigibilità di una terapia adeguata secondo le linee guida?

Sì, l'attuale terapia risulta adeguata secondo le linee guida. 9.3.2 Quale miglioramento

funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Non riteniamo che presso questo A. ci si possa aspettare un miglioramento sostanziale sia sul piano dello stato di salute, sia sul piano funzionale. 9.3.3 Altri

suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari, ecc.). Nessuno. 10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 10.1 Altri quesiti del medico SMR. Quesiti supplementari non vengono

posti dal SMR. 10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Domande da parte dell'A. o dal suo rappresentante legale non

vengono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 84/247-250) Nel rapporto finale SMR del 15 settembre 2015 il dr. \_\_\_\_\_, confermate le diagnosi poste dai periti del SAM, ha quindi

concluso per un'incapacità lavorativa nell'attività abituale di muratore del 100% dal 26 ottobre 2011, del 50% dal 12 novembre 2011 e del 100% dal 24 novembre 2011 in avanti (doc. AI 85/297-300). In un'attività adeguata il medico SMR ha attestato la seguente

evoluzione dell'incapacità lavorativa: 100% dal 26 ottobre 2011, 50% dal 12 novembre 2011, 100% dal 24 novembre 2011, 35% dal 24 agosto 2012, 100% dal giugno 2014 e 35% dal gennaio 2015 (doc. AI 85/297-300). L'insorgente (già allora tramite il Sindacato RA 1), nell'ambito delle osservazioni 27 novembre 2015 ( doc. AI 103/325-327; interposte al

progetto del 23 ottobre 2015 sub doc AI 91/310-313 ) , ha contestato la valutazione medica producendo il rapporto del 27 novembre 2011 nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in

medicina interna, si è così espresso: "(...) come richiesto le invio le mie considerazioni concernenti la decisione del SAM riguardo all'incapacità lavorativa del sopraccitato paziente. Dopo la perizia multidisciplinare del settembre 2015 la commissione giunge alla

decisione che sussiste una inabilità lavorativa del 35% per attività di tipo leggero, vale a dire un'occupazione limitata, per attività non ergonomiche per la colonna vertebrale così come espresso al pto. 8.1.1. Il paziente viene considerato totalmente inabile nella sua

attività precedente quale muratore. Il tipo di "attività leggera" nella misura del 65% risulta difficile da identificare; si potrebbe prendere in considerazione un lavoro artigianale

leggero, un'attività nel ramo della vendita (grande magazzino) o quale addetto a pulizie per mezzo di macchinari (p. es. lucidatrice) all'interno di un ospedale o casa per anziani. Va

considerato che il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico alla schiena il cui esito è stato decisamente deludente. Pur non avendo dei deficit motorici focali, lamenta tuttora forti dolori lombari irradianti alla gamba sinistra, che disturbano la marcia ed il

sonno. Il paziente assume tuttora oppiacei per rendere sopportabile il dolore. Tenuto conto della scarsa scolarizzazione del paziente, delle difficoltà linguistiche, dell'età e dei sintomi dolorosi tuttora importanti appare chiaro che la proposta di eseguire al 65% un'attività leggera (ammesso che tale lavoro esista) appare illusoria sia dal profilo medico che da quello pratico. La proposta formulata dopo la visita peritale-multidisciplinare appare a mio avviso estremamente severa dal lato medico e puramente teorica dal lato pratico. (...) (doc. AI 103/335). Il dr. \_\_\_\_\_, riguardo al succitato rapporto del dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione dell'11 dicembre 2015 ha concluso che "(...) - Il medico non condivide la valutazione peritale SAM - Dal rapporto non risultano nuovi elementi clinici o una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato. (...) )" (doc. AI 105/338). L'Ufficio AI - viste le valutazioni mediche su enunciate, le tabelle allestite il 28 settembre 2015 (doc. AI 88/303-305), la valutazione del consulente in integrazione professionale del 21 ottobre 2015 (doc. AI 89/306-307) e l'aggiornamento elaborato il 16 dicembre 2015 dei dati economici al 2014 con riferimento alle nuove tabelle RSS 2012 (doc. AI 107/340-343) - , con decisione 24 dicembre 2015 (doc. AI 110/351-366) ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. ottobre 2012 al 31 agosto 2014, ad una rendita intera dal 1. settembre 2014 al 30 aprile 2015 e ad un quarto di rendita dal 1. maggio 2015, oltre alle rendite complete per figli (cfr. consid. 1.2).

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. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). 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 (consider. 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 9C\_323/2009 del 14 luglio 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) Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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). La giurisprudenza federale sottolinea così

costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Il TF ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 pag. 74 e sentenza 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. la STCA 32.2013.183 del 20 ottobre 2014 confermata dal TF con la STF 9C\_816/2014 del 17 dicembre 2015; vedi inoltre le STCA 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; 32.2011.326 del 31 maggio 2012; 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; 32.2010.308 del 19 maggio 2011 e 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 5.3).

2.7. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente.

2.7.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel consulto del 23 luglio 2015 (doc. AI 84/273-278), non ha posto alcuna diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa precisando che "(...) nelle condizioni attuali l'A. non presenta disturbi psichici limitanti la sua capacità lavorativa. (...)” rispettivamente che nemmeno "(...) c'è stata in precedenza una riduzione della capacità lavorativa psichiatrica. (...)” (doc. AI 84/276). Le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ non sono state contestate dall'insorgente e il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione.

2.7.2. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, il quale, nel consulto dell'11 agosto 2015 (doc. AI 84/279-284), ha posto la seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: "(...) sindrome da insufficienza lombovertebrale cronica con: • stato da intervento di stabilizzazione L4/5 e decompressione del canale spinale. • probabile pregressa claudicatio spinale attualmente non più sintomatica. (...)” (doc. AI 84/282). Secondo il dr. \_\_\_\_\_ "(...) vi era stata in passato una incapacità lavorativa parziale verosimilmente tra metà 2012 e luglio 2014, cioè in una fase dove sussisteva pure una componente neurogena verosimilmente dovuta ad una claudicatio spinale. Questa si è in gran parte risolta dopo l'intervento del giugno 2014. È difficile valutare in che misura allora il paziente risultasse inabile al lavoro per gli aspetti neurologici, probabilmente in misura di circa il 40-50%. [...] Attualmente non si trovano deficit di competenza neurologica determinanti una incapacità lavorativa. Come già discusso prevalgono gli aspetti reumatologico-ortopedici. (...)” (doc. AI 84/282-283). Lo stesso specialista, avuto riguardo alle inabilità lavorative precedentemente certificate, ha precisato che "(...) nel settembre 2012 ad una valutazione neurologica si era ritenuto che l'A. fosse inabile al lavoro al 100% per un'attività pesante per la colonna vertebrale e al 40-50% per attività adatta. Allora il paziente non era ancora stato operato alla colonna

lombare, vi era una importante stenosi descritta a livello L4/5 ed inoltre in occasione di quella valutazione si era comunque in parte tenuto conto anche degli aspetti di competenza reumatologico-ortopedica. Ora la situazione dopo l'intervento del giugno 2014 si è modificata e valgono le indicazioni date attualmente per gli aspetti esclusivamente neurologici. (...)” (doc. AI 84/283). Le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ non sono state contestate dall'insorgente e il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. In questo senso non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al succitato rapporto del 27 novembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.5 e doc. AI 103/335). In effetti, oltre a non essere specialista in materia, il dr. \_\_\_\_\_ non ha contestato validamente né ha messo in dubbio la valutazione del SAM confermata anche dal dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 15 settembre 2015. Il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 27 novembre 2015, ha osservato che “(...) tenuto conto della scarsa scolarizzazione del paziente, delle difficoltà linguistiche, dell'età e dei sintomi dolorosi tuttora importanti appare chiaro che la proposta di eseguire al 65% un'attività leggera (ammesso che tale lavoro esista) appare illusoria sia dal profilo medico che da quello pratico. La proposta formulata dopo la visita peritale-multidisciplinare appare a mio avviso estremamente severa dal lato medico e puramente teorica dal lato pratico. (...)” (doc. AI 103/335). Va qui ricordato che 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. Circa la ripartizione dei compiti tra l'autorità incaricata di applicare il diritto e la persona incaricata di esaminare la situazione da un punto di vista medico nell'ambito della valutazione dell'incapacità al lavoro come condizione del diritto alla rendita d'invalidità vedi anche la DTF 140 V 193. Al riguardo il consulente in integrazione, nella valutazione del 21 ottobre 2015 (doc. AI 89/306-307), circa i provvedimenti professionali, ha concluso che “(...) visto che la situazione socio-professionale dell'Ato non è cambiata dal rapporto finale SIP del 15.03.2013, si conferma la stessa presa di decisione di allora. Pur avendo un grado d'invalidità superiore al 20%, considerando il grado di incapacità lavorativa (35%) e l'iter scolastico-socio-professionale dell'assicurato, non riteniamo sia opportuno mettere in atto provvedimenti di ordine professionale. Su richiesta scritta, restiamo a disposizione per valutare l'adozione di un eventuale aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 89/307). Nel succitato rapporto del 15 marzo 2013 (doc. AI 42/106-108), circa l'attività adeguata esigibile e la reintegrabilità, la consulente in integrazione aveva indicato che “(...) in linea teorica, per un lavoro fisicamente medio-leggero, che non richieda movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del rachide, situazione di instabilità, sollevamento pesi superiori ai 10 kg, l'Assicurato presenta una CL residua in attività adeguata valutabile al 80%. Tali attività risultano essere elencate nella categoria 4 (attività semplice e ripetitive senza formazione specifica) delle RSS. (...)” (doc. AI 42/107). Va qui inoltre evidenziato che con scritto dell'8 ottobre 2012 il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia – posta la seguente diagnosi che limita la ripresa di un'attività lavorativa anche in un'attività adeguata: “(...) Sindrome dolorosa lombare cronica con importante miogelosi, contrattura lombare e alterazione della statica posturale su importanti alterazioni degenerative della colonna lombare a livello discale e articolare faccettario, sindrome del canale lombare stretto. (...)” (doc. 14/44 dell'incarto cassa malati) –, ha così risposto alle

domande postegli dalla \_\_\_\_\_: “(...) In caso di alterazioni degenerative della colonna lombare non è possibile scindere in compartimenti stagni quello che è la patologia neurologica e reumatologica; per quel che riguarda la sindrome del canale lombare stretto e le alterazioni degenerative che sono ad esse collegate, dal punto di vista teorico sulla base dei dati oggettivi raccolti e sui dati soggettivi espressi dal paziente, ritengo che anche in un’attività che rispetti i limiti funzionali (sostanzialmente quelli inerenti alla necessità di modificare spesso la posizione di lavoro e la limitazione riguardo il perimetro di marcia) sussista una riduzione del 20% da intendersi come una diminuzione della capacità lavorativa durante tutto l’arco della giornata. La percentuale di incapacità lavorativa in un’attività adeguata è valevole dal momento della mia visita, il 24.08.2012. (...)” (doc. 14/44 dell’incarto cassa malati). Quanto all’ulteriore rapporto 22 gennaio 2016 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. B) questo Tribunale può fare propria la conclusione dell’Ufficio AI secondo la quale “(...) con il ricorso parte ricorrente produce il nuovo referto del dr. med. \_\_\_\_\_ datato 22 gennaio 2016, che non propone nuovi elementi clinici giustificanti una diversa valutazione del caso dell’assicurato. Nello specifico, si rinvia alle considerazioni già espresse dal SMR con annotazione dell’11 dicembre 2015 in merito al precedente rapporto reso dal dr. med. \_\_\_\_\_, rapporto che non si discosta nel contenuto da quello attualmente proposto. (...)” (IV). 2.7.3. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l’assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale, nel consulto del 23 luglio 2015 (doc. AI 84/285-295), ha posto la seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: “(...) - sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno bilaterale a destra cronica e persistente a sinistra a carattere recidivante - tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli (...)” (doc. AI 71/31). Secondo il dr. \_\_\_\_\_ “(...) per quanto riguarda un’attività lavorativa adatta che tenga in considerazione le limitazioni funzionali da me sopra elencate ritengo che l’assicurato presenti una capacità lavorativa nella forma del 65%. Per quanto riguarda l’aspetto reumatologico, non vi è stato un miglioramento dal punto di vista soggettivo e neppure dal punto di vista clinico rispetto alla valutazione del collega reumatologo Dr. med. \_\_\_\_\_, che ha visitato l’assicurato per l’assicurazione \_\_\_\_\_ nel 2012. La fissazione intersomatica del segmento L4/L5 avrebbe dovuto migliorare la stabilità della colonna e del segmento spondilodizzato con miglioramento dei disturbi. Fatto questo non confermato dall’assicurato. Vi è una certa discrepanza tra l’evoluzione dei dolori ed i reperti clinici e radiologici evidenziati dopo l’intervento. Anche l’operatore Dr. \_\_\_\_\_ non trova una spiegazione per questi dolori. Il quadro di tipo fibromialgico inoltre ha mostrato un peggioramento in questo periodo, in particolar modo negli ultimi sei mesi. Tenendo in considerazione anche l’aspetto fibromialgico, ritengo che l’incapacità lavorativa determinata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nel 2012 di un 25% in un’attività lavorativa adatta sia attualmente superiore. In questo senso è giustificata a mio modo di vedere, un’incapacità professionale del 35% anche in un’attività lavorativa adatta a partire da sei mesi dopo l’intervento chirurgico alla colonna lombare. Antecedentemente fanno stato le incapacità lavorative determinate dai medici curanti. Si tratta di una riduzione della redditività sul posto di lavoro e in parte anche dalla necessità di una riduzione del tempo di lavoro e questo per permettere all’assicurato di approfittare di pause più prolungate e ripetute durante l’attività professionale. La prognosi per quanto riguarda le alterazioni degenerative alla colonna vertebrale è da considerarsi piuttosto sfavorevole. Possibile progressione delle discopatie ai segmenti L3/L4 e L5/S 1. Per quanto riguarda i disturbi decisamente sfavorevole. Non sono

indicati provvedimenti di riqualifica professionale. Un tentativo di reinserimento professionale in un'attività lavorativa adatta nella forma parziale potrebbe essere utile. Questo se supportato anche da una valutazione neurologica e psichiatrica orientata in questo senso. (...)” (doc. AI 84/294). Le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ non sono state contestate dall'insorgente e il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Ritenuto inoltre che il ricorrente non ha prodotto certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato, è dunque a torto che egli pretende il rinvio degli atti all'amministrazione per un “(...) complemento d'istruttoria in ambito reumatologico. (...)” (I). 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).

2.7.4. Alla luce di quanto sopra esposto, questo Tribunale deve pertanto confermare le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ secondo il quale in un'attività adeguata l'incapacità lavorativa è stata del 100% dal 26 ottobre 2011, del 50% dal 12 novembre 2011, del 100% dal 24 novembre 2011, del 35% dal 24 agosto 2012, del 100% dal giugno 2014 e del 35% dal gennaio 2015 (cfr. doc. AI 85/297-300).

2.8. In merito alla valutazione economica – considerati i dati del 2012 (termine dell'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e del 2015 (miglioramento dello stato di salute dal gennaio 2015); il diritto ad una rendita intera dal 1. settembre 2014 al 30 aprile 2015 non è contestato – va rilevato quanto segue.

2.8.1. Così interpellato (cfr. doc. AI 86/301) il datore di lavoro ha attestato che negli anni 2012 e 2014 il salario annuo dell'insorgente sarebbe stato di fr. 67'360.-- rispettivamente di fr. 67'930.-- (cfr. doc. AI 87/302). Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9C\_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante ( corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente

in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti). Questo Tribunale, conformemente alla succitata giurisprudenza e ritenuto che detti salari annui sono rimasti incontestati, può pertanto ritenere quale reddito da valido per il 2012 l'importo di fr. 67'360.-- e per l'anno 2014 quello di fr. 67'930.--. L'importo di fr. 67'930.-- vale quale reddito da valido anche per il 2015 visto che secondo la Tabella " T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2015 ", pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, per quell'anno i salari del ramo economico " F 41-43 Costruzioni " non hanno avuto alcun aumento. 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del

## **E. 5**

settembre 2014 il TF ha ribadito che allorquando vi è una capacità lavorativa a tempo pieno ma con una flessione del rendimento, quest'ultima viene presa in considerazione nella fissazione della capacità lavorativa e non vi è motivo di effettuare un'ulteriore riduzione per la stessa ragione: "(...) En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C\_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C\_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). (...)” (STF 9C\_359/2014 del 5 settembre 2014 consid. 5.4). L'Alta Corte si è confermata in questa giurisprudenza anche nelle STF 9C\_635/2016 del 14 dicembre 2016 consid. 4.3 e 9C\_603/2015 del 25 aprile 2016 consid. 8.1. Nella fattispecie concreta, sulla

base della perizia SAM del 14 settembre 2015, il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale SMR del 15 settembre 2015 (doc. AI 85/297/300), ha attestato che non vi è alcuna riduzione della presenza sul lavoro trattandosi di una riduzione del rendimento (cfr. doc. AI 85/298). Sempre il dr. \_\_\_\_\_, quali limitazioni funzionali, ha indicato un carico massimo di 5 Kg e la necessità di alternare la postura al bisogno precisando che quest'ultima limitazione è inclusa (cfr. doc. AI 85/298). In simili circostanze, viste le risultanze mediche (cfr. consid. 2.5 e 2.7) e conformemente alla succitata giurisprudenza, questo Tribunale ritiene che nel caso concreto una deduzione globale del 15% dal reddito statistico da invalido tiene conto di tutte le circostanze del caso concreto. In questo senso non può essere accolta la domanda del ricorrente volta ad ottenere una riduzione dal reddito da invalido di almeno il 20%. Ritenuta (dall'ottobre 2012 al 31 maggio 2014 e dal gennaio 2015 in avanti) un'incapacità lavorativa in un'attività adeguata del 35% e applicando la riduzione del 15%, il reddito da invalido nel 2012 si attesta dunque a fr. 36'010.34 (65'177.10 x 65% ridotti del 15%) e nel 2015 a fr. 36'647.68 (66'330.66 x 65% ridotti del 15%). 2.8.3. Confrontando ora i redditi da invalido del 2012 di fr. 36'010.34 e del 2015 di fr. 36'647.68 (cfr. consid. 2.8.2) con i relativi redditi da valido di fr. 67'360.-- rispettivamente di fr. 67'930.-- (cfr. consid. 2.8.1), si ottiene che nel 2012 il grado d'invalidità era del 47% ( $[(67'360 - 36'010.34) \times 100 : 67'360 = 46.54\%$  arrotondato al 47% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) e nel 2015 del 46% ( $[(67'930 - 36'647.68) \times 100 : 67'930 = 46.05\%$  arrotondato al 46%). È dunque a ragione che l'Ufficio AI – oltre all'incontestato diritto alla rendita intera dal 1. settembre 2014 al 30 aprile 2015 – ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. ottobre 2012 (dopo l'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) al 31 agosto 2014 e dal 1. maggio 2015 in avanti (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute dal gennaio 2015 ex art. 88a cpv. 1 OAI), oltre alle rendite complete per figli (cfr. doc. AI 110/351-366). 2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso va dunque respinto. 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 fr. 200.-- e fr. 1'000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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