

## **TI\_GERICHTE 32.2019.220 vom 6. Juli 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-07-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.220](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.220)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.220 du 6 juillet 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.220 del 6 luglio 2020

### **Regeste**

Attribuzione di una rendita limitata nel tempo. Dai referti dei curanti risulta che l'assicurato non poteva più esercitare la sua attività pesante, ma era abile totalmente in altre leggere fermo restando dei limiti funzionali. Non ci sono certificati medici contrari. Non v'è nessuna perdita di guadagno

### **Erwägungen**

#### **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 (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; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)"

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.5. Nel formulario di richiesta di prestazioni dall'assicurazione invalidità il 10 maggio 2017 l'assicurato ha indicato di essere stato inabile al lavoro dall'11 febbraio al 16 marzo 2017 al 100%, dal 17 marzo al 7 maggio 2017 al 50% e dall'8 maggio al 7 giugno 2017 all'80% nell'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ a causa di spondilolisi e spondilolistesi L5-S1. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, ha trasmesso all'Ufficio AI, a sua richiesta, l'esito dei consulti avuti con l'assicurato. Il 7 marzo 2017 lo specialista, diagnosticata una sindrome lomboradicolare destra e spondilolistesi istmica L5-S1, ha proposto inizialmente un trattamento infiltrativo periradicolare visto l'imminente parto del terzo figlio e l'attività come \_\_\_\_\_. In seguito, a dipendenza della sintomatologia, poteva essere anche valutata una eventuale indicazione chirurgica di fissazione di L5-S1. L'11 aprile 2017 è avvenuto il controllo dopo il trattamento infiltrativo, da cui l'assicurato non ha tratto alcun vantaggio; il dolore rimaneva persistente e a difficoltà riusciva a gestire il lavoro con un'attività al 50%. Il chirurgo ha proposto una seconda infiltrazione e quale ulteriore trattamento l'intervento, che il paziente avrebbe valutato dopo la nascita del terzo figlio. Il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna generale, il 20 febbraio 2017 ha certificato un'inabilità lavorativa del 50% dall'11 febbraio al 16 marzo 2017, poi sul formulario per l'indennità giornaliera per malattia ha indicato il 26 febbraio 2017 che, per lo stesso periodo, l'inabilità era del 100%. Lo stesso dr. \_\_\_\_\_, su apposito rapporto medico inviatogli dall'Ufficio AI, il 25 giugno 2017 (doc. 19) ha indicato un'inabilità totale dall'11 febbraio al 16 marzo 2017, del 50% dal 17 marzo al 7 maggio 2017 e dell'80% dall'8 maggio al 12 luglio 2017. Interpellato il 26 marzo 2018 (doc. 50) dal Servizio Medico Regionale per sapere se l'assicurato disponeva di una capacità lavorativa in un'attività adeguata molto leggera e quali sarebbero state le limitazioni funzionali di cui tenere conto, il dr. \_\_\_\_\_ ha riproposto il 19 aprile 2018 gli esiti dei due consulti avuti nel 2017, ma senza rispondere specificatamente alle domande. Pertanto, l'SMR ha posto gli stessi quesiti al dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 52), il quale l'8 maggio 2018 (doc. 54) ha confermato che la situazione era oggettivamente e soggettivamente stabile e che l'assicurato era inabile al lavoro al 100% come \_\_\_\_\_. Egli ha inoltre aggiunto che " Per quanto concerne ulteriori informazioni per poter definire un collocamento professionale, ritengo che la situazione potrà essere valutata unicamente a seguito dell'intervento neurochirurgico previsto in settembre con il Dr. med. \_\_\_\_\_, Vice Primario di Neurochirurgia all'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ". Esaminata questa documentazione, il 21 agosto 2018 (doc. 61) il Servizio Medico Regionale ha stabilito, così come l'assicuratore perdita di guadagno (doc. 59), che a causa della sindrome lomboradicolare destra e della spondilolistesi L5-S1 l'assicurato era

abile al 50% come \_\_\_\_\_ e in attività adeguate dall'11 febbraio 2017 e al 20% dall'8 maggio 2017, mentre dal 1° agosto 2017 egli non era più in grado di lavorare come \_\_\_\_\_, ma poteva svolgere al 100% delle attività adatte molto leggere prettamente sedentarie con possibilità di alternare la postura al bisogno e con possibilità di pause per decontrazione muscolare. Il 24 ottobre 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in neurochirurgia, è intervenuto stabilizzando il segmento coinvolto dalla spondilolisi e nel suo rapporto medico del 9 gennaio 2019 (doc. 66) ha posto un'inabilità del 100% dal giorno dell'operazione, non potendo però rispondere sulla prognosi e sulla capacità lavorativa futura. Il 9 maggio 2019 (doc. 72) il nuovo medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna generale e medicina del lavoro, a richiesta dell'Ufficio AI ha reso il suo rapporto. Dopo avere esposto l'anamnesi e allegato gli ultimi referti medici in suo possesso che riassumevano la situazione attuale dell'assicurato a livello neurochirurgico dopo l'intervento, a suo dire la prognosi era negativa per l'attività di \_\_\_\_\_, trattandosi di un'attività pesante in cui era inabile al 100%. Alla domanda se era esigibile un'attività adeguata, il curante ha risposto che era " Difficile pronunciarsi ora ma molto probabilmente in un'attività adeguata (da definirsi) il signor RI 1 potrebbe raggiungere un'abilità lavorativa completa. ". Nel frattempo, come già per gli altri curanti, il 15 marzo 2019 (doc. 70) il Servizio Medico Regionale ha chiesto anche al neurochirurgo quale fosse la capacità lavorativa in un'attività adeguata molto leggera. Nel suo parere del 22 maggio 2019 (doc. 73) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha esposto la situazione precedente dell'interessato, il tipo di lavoro svolto nelle vigne con carichi pesanti e spesso in ambienti umidi (cantine) che sollecitava la schiena. Egli ha poi affermato che: " il paziente ha presentato un buon decorso postoperatorio. È stato rivisto da me in ambulatorio, e ha riferito una regressione completa del dolore all'arto inferiore destro. Presenta ancora però dei dolori a livello lombare, che si accentuano in occasione di sforzi da sollevamento o di flessione del tronco. Il decorso clinico è comunque nella norma. Tenuto conto di tutte le informazioni sopracitate, ritengo che il paziente debba essere considerato inabile nella sua attività attuale al 100%, mentre invece possa essere considerato abile al lavoro in un'attività adeguata molto leggera. Il paziente dovrà essere indirizzato verso un'attività lavorativa in cui venga sottoposto raramente a sforzi di sollevamento o di trasporto di carichi medi (10-25 kg), mai al trasporto di carichi superiori ai 25 kg. In questa attività lavorativa potrà sopportare qualsiasi posizione, vale a dire sia seduto che in piedi. Tali limiti funzionali sono a mio avviso validi da subito.". Sulla scorta di questa documentazione raccolta dopo l'intervento alla schiena, l'11 giugno 2019 (doc. 76) il dr. med. \_\_\_\_\_ dell'SMR ha reso un nuovo rapporto finale in cui ha posto la diagnosi di stato dopo intervento neurochirurgico il 24 ottobre 2018 di decompressione L5-S1 bilaterale, stabilizzazione posteriore con viti transpeduncolari e TLIF L5-S1 con tecnica open sotto neuronavigazione su spondilolisi L5 con anterolistesi L5-S1, radicolopatia L5 bilaterale. Egli ha inoltre confermato che sia come \_\_\_\_\_ sia in attività adeguata l'assicurato era inabile al 50% dall'11 febbraio 2017, all'80% dall'8 maggio 2017 e dal 1° agosto 2017 era totalmente incapace al lavoro nell'attività abituale di \_\_\_\_\_, ma inabile allo 0% in attività adeguate. L'SMR ha poi aggiornato questo dato a seguito dell'operazione chirurgica e quindi dal 24 ottobre 2018 al 21 maggio 2019 l'ha ritenuto inabile al 100% e dal rapporto del 22 maggio 2019 del neurochirurgo ha considerato l'assicurato abile al 100% in attività adeguate in cui il carico era limitato a 5 kg, la posizione poteva essere alternata al bisogno ed erano possibili delle pause supplementari. Egli ha inoltre riportato i limiti indicati dal dr. med. \_\_\_\_\_, ossia di svolgere un'attività molto leggera in cui raramente l'assicurato fosse sottoposto a sforzi di

sollevamento o di trasporto di carichi medi (10-25 kg) potendo lavorare sia seduto sia in piedi, così pure le sue conclusioni, secondo cui era abile in attività adatte. Il progetto di decisione dell'amministrazione del 13 giugno 2019 (doc. 77) ha assegnato all'assicurato una rendita intera limitata nel tempo fino a tre mesi dopo il miglioramento individuato dal neurochirurgo. Nelle osservazioni l'interessato ha contestato che sarebbe abile al 100% dal 1° agosto 2017 in attività adeguate e, soprattutto, nei 4-8 mesi precedenti l'intervento chirurgico. Il 16 ottobre 2019 (doc. 94) l'assicurato ha evidenziato che prima dell'intervento si considerava totalmente inabile in qualsiasi lavoro, essendo per esempio affetto da severa claudicazione spinale, perciò ha espresso perplessità per essere stato considerato, dopo avere subito una fusione spinale, abile al lavoro esattamente come una persona sana. In assenza di nuove valutazioni mediche, la decisione dell'11 dicembre 2019 ha confermato il diritto a una rendita di invalidità limitata nel tempo, giacché il grado di invalidità era nullo stante una capacità lavorativa residua del 100% in altre attività adatte. Con il ricorso RI 1 ha nuovamente rilevato l'impossibilità di svolgere un'attività lucrativa stante lo stato catastrofico del segmento lombare e dei nervi che sono poi stati operati e ha contestato che la sua capacità lavorativa fosse identica sia prima sia dopo l'intervento. 2.6. La scrivente Corte evidenzia che le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale l'11 giugno 2019 danno un quadro chiaro, completo e non contraddittorio delle condizioni di salute del ricorrente. Il dottor \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale si è allineato alle conclusioni che ha tratto il neurochirurgo il 22 maggio 2019 dopo un consulto, annotando che v'era un buon decorso postoperatorio e che l'interessato stesso gli aveva riferito una regressione completa del dolore all'arto inferiore destro, mentre v'erano ancora dei dolori a livello lombare che si accentuavano durante gli sforzi da sollevamento o di flessione del tronco. Stante questo quadro clinico, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha valutato l'assicurato non più abile ad esercitare la professione di \_\_\_\_\_, mentre abile in un'attività adeguata molto leggera che non prevedesse il sollevamento o trasporto di carichi di 10-25 kg, potendo egli comunque assumere qualsiasi posizione e lavorare sia in piedi sia seduto. D'altronde, il TCA rileva che queste conclusioni rispecchiano quelle tratte dal medico curante dell'insorgente, dr. med. \_\_\_\_\_, che il 9 maggio 2019 ha anch'egli ritenuto che l'assicurato non potesse più riprendere l'attività di \_\_\_\_\_ trattandosi di un'attività pesante, ma in un'attività adeguata l'interessato avrebbe potuto raggiungere un'abilità lavorativa completa. Non v'è dunque alcun dubbio che, posteriormente all'intervento chirurgico alla schiena, che è andato a buon fine, trascorsi alcuni mesi il ricorrente ha riacquisito una piena capacità lavorativa in attività adeguate al suo nuovo stato di salute. Ciò non significa, contrariamente a quanto egli ha affermato, che la sua abilità lavorativa è identica sia prima sia dopo l'intervento. Va infatti ricordato che, secondo i suoi stessi medici curanti, il ricorrente non è più in grado di svolgere delle attività pesanti come quella esercitata in precedenza per anni, ma comunque egli dispone di una capacità lavorativa residua piena che gli permette di svolgere altre attività, di carattere molto leggero, sia in posizione eretta sia da seduto, alternando la posizione. Occorre dunque fare un distinguo fra l'attività abituale esercitata in passato, non più sostenibile fisicamente, e le altre attività molto più leggere che sono medicalmente esigibili dall'assicurato malgrado il danno alla salute e la "specie di mattone nella zona lombare" presente a seguito dell'operazione di stabilizzazione. In queste circostanze, il TCA non ha motivo di scostarsi dalle conclusioni che sono state tratte non solo dal Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI, ma, anche, e soprattutto, da entrambi i medici curanti del ricorrente. Se, quindi, va senza alcun dubbio definito che dal 22 maggio 2019 - giorno in cui il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto all'SMR

affermando che la nuova capacità lavorativa dell'assicurato e i limiti funzionali erano validi da quel momento - il ricorrente era in grado di esercitare al 100% delle attività lucrative molto leggere rispettose dei limiti stabiliti dal predetto neurochirurgo, occorre ora esaminare il contestato periodo antecedente l'operazione. 2.7. A questo proposito occorre rilevare che se quando il dr. med. \_\_\_\_\_ ha visitato l'assicurato nei mesi di marzo e aprile 2017 l'attività di \_\_\_\_\_ era ancora esercitata in ragione del 50% malgrado il persistente dolore, diversa è la situazione dal 1° agosto 2017, quando i sintomi della malattia si sono aggravati ulteriormente e l'assicurato non ha più lavorato (doc. 35). L'assicuratore malattia ha riconosciuto questo peggioramento e ha versato al ricorrente le indennità giornaliere per perdita di guadagno stante un'incapacità lavorativa del 100% (doc. 59). Tuttavia, l'essere inabile al 100% come \_\_\_\_\_ non significa non essere in grado di svolgere altre attività che sono adeguate allo stato di salute. In effetti, il Servizio Medico Regionale ha considerato l'assicurato abile al 100% in attività adatte. Il ricorrente ha cessato di lavorare come \_\_\_\_\_ al 1° agosto 2017, anche perché, come risulta dallo scritto del 25 gennaio 2018 (doc. 59) dell'assicuratore perdita di guadagno, da quella data egli non era più impiegato nella ditta del padre e a quel tempo questa società è stata fusa con un'altra, ma il ricorrente non ha voluto continuare a lavorarvi. Pertanto, da quel momento l'assicurato avrebbe potuto annunciarsi alla disoccupazione per ottenere aiuto nella ricerca di un lavoro che fosse compatibile con il suo danno alla salute stante l'obbligo di ridurre il danno. Per questo motivo è stato interrotto il versamento delle indennità. Infatti, come dispone l'art. 6 LPG, in caso di incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Di conseguenza, l'assicurato poteva svolgere altre attività consone comunque al suo stato di salute, seppure fosse compromesso. Nel suoi rapporti finali del 15 maggio 2018 e del 21 agosto 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha per l'appunto precisato che per attività adeguata si intendeva un'attività molto leggera sedentaria, che non comportasse il trasporto di pesi superiori ai 5 kg, che permettesse l'alternanza della postura al bisogno e di effettuare pause supplementari per decontrazione muscolare. La scrivente Corte non ha un valido motivo per distanziarsi dalle considerazioni dell'SMR, che fa quindi proprie. Non va dimenticato di osservare che a specifica richiesta del Servizio Medico Regionale al dr. med. \_\_\_\_\_ su quale fosse la capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività molto leggere, il chirurgo ortopedico non ha dato una risposta chiara, ma ha rinviato ai suoi consulti di marzo e aprile 2017, periodo in cui il ricorrente lavorava ancora al 50% come \_\_\_\_\_ e in cui ha preferito attendere la nascita dell'ultimo figlio prima di sottoporsi alla stabilizzazione con spondilolistesi. Da parte sua, interpellato sul medesimo quesito, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha espressamente precisato che l'assicurato era oggettivamente e soggettivamente stabile e rimaneva inabile al lavoro al 100% in qualità di \_\_\_\_\_. In merito alla possibilità di un ricollocamento professionale così come chiestogli dal Servizio Medico Regionale, il medico curante ha risposto che la situazione poteva essere valutata unicamente dopo l'intervento di neurochirurgia, previsto inizialmente nel settembre 2018 e poi effettuato il mese seguente. La circostanza che il ricorrente abbia voluto attendere la nascita del terzo figlio prima di operarsi e quindi abbia posticipato il miglioramento delle sue condizioni di salute e, di conseguenza, pure la possibilità di tornare a lavorare in attività adeguate, ha, in tal caso, differito anche l'inizio del suo diritto alla rendita. In effetti, trascorso l'anno di attesa previsto dall'art. 28 LAI, nel febbraio 2018 l'assicurato era sì totalmente inabile ad esercitare l'attività di \_\_\_\_\_, ma dal profilo medico era pienamente in grado di svolgere altre attività adeguate alle sue condizioni fino a quando è stato operato il 24 ottobre

2018. Di conseguenza, anche se nei mesi antecedenti l'operazione alla schiena era presente, come egli sostiene, una severa claudicazione spinale, il ricorrente poteva comunque lavorare al 100% in attività sedentarie molto leggere, che il consulente in integrazione professionale ha individuato essere in attività nel settore industriale, amministrativo o della vendita che non richiedevano una preparazione professionale specifica, ma potevano già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro e un breve periodo di rodaggio (doc. 57). Con il suo ricorso l'assicurato ha in sostanza sostenuto di non essere in grado di lavorare al 100% come stabilito dall'SMR non solo come \_\_\_\_\_, ma nemmeno in qualsiasi altra attività dal dicembre 2017. Il Tribunale evidenzia che il ricorrente si è però limitato a esporre delle limitazioni di carattere soggettivo, non suffragandole da valida documentazione clinica medica che possa oggettivare i suoi disturbi e le sue difficoltà fisiche. Come visto, né con il ricorso né tanto meno nella procedura amministrativa in fase di osservazioni al progetto di decisione, egli ha infatti prodotto dei certificati medici che comprovavano che il suo reale stato di salute era peggiore di quello accertato dall'Ufficio AI. Al riguardo occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare; quest'obbligo non può perciò tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Da quanto precede discende che non è dimostrata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal Servizio Medico Regionale, che ha stabilito l'incapacità lavorativa del ricorrente sulla base delle valutazioni effettuate dai dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e che l'ha ritenuta essere del 50% dall'11 febbraio 2017 tanto nella precedente attività quanto in altre adeguate, dell'80% dall'8 maggio 2017 e nulla dal 1° agosto 2017 come \_\_\_\_\_, ma del 100% dal 22 maggio 2019 - giorno del referto del neurochirurgo - in attività adeguate che tengano conto dei limiti funzionali e di carico stabiliti dallo specialista. Alla luce di tutte queste considerazioni, i gradi di incapacità lavorativa determinati dal Servizio Medico Regionale vanno dunque posti alla base del presente giudizio e non è data un'incapacità lavorativa maggiore come preteso dall'assicurato. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente. 2.8. Per quanto concerne l'aspetto economico, l'assicurato ha contestato il reddito da valido di Fr. 50'400.- ritenuto dall'Ufficio AI per determinare il grado di invalidità dello 0% in applicazione del metodo di raffronto dei redditi (art. 16 LPGa). A suo dire, si dovrebbe tenere conto del salario di Fr. 90'000.- che

un altro datore di lavoro gli avrebbe versato da gennaio 2017, motivo per cui la sua perdita di guadagno sarebbe ben superiore a quella (nulla) stabilita dall'amministrazione. A questo riguardo, il TCA evidenzia innanzitutto che il ricorrente non ha comprovato questa circostanza, perciò già solo per questo motivo la sua richiesta non può essere accolta. Inoltre, la sua affermazione non è conforme a quanto risulta dalla documentazione agli atti, poiché dal questionario per il datore di lavoro compilato il 7 giugno 2017 (doc. 24) \_\_\_\_\_ ha dichiarato di avergli versato nel mese di gennaio 2017, come già durante tutto il 2016, uno stipendio mensile di Fr. 4'200.- che, riportato sull'anno, dà Fr. 50'400.-. L'assicurato ha continuato a lavorare anche in seguito per il medesimo datore di lavoro, presso cui era attivo dal 2006 e, considerato che l'inabilità lavorativa è sorta l'11 febbraio 2017, quel mese il suo stipendio è stato di Fr. 3'979.-, mentre nei mesi di marzo e aprile 2017 è diminuito a Fr. 2'100.- stante il grado di inabilità lavorativa del 50%. Da quanto risulta poi dal già citato scritto del 25 gennaio 2018 dell'assicuratore perdita di guadagno, il ricorrente è stato alle dipendenze del padre fino al 31 luglio 2017. Ai fini del calcolo del grado di invalidità, non è dunque possibile ritenere un reddito da valido superiore a quello che l'Ufficio AI ha utilizzato per il confronto dei redditi. Di conseguenza, sulla scorta dei dati economici esposti nella decisione impugnata, che non v'è motivo di rivedere, poiché il reddito che il ricorrente potrebbe percepire in attività adeguate molto leggere malgrado il danno alla salute (reddito da invalido), e considerando già una riduzione del 20% per motivi personali (Fr. 53'443.-), è superiore al reddito (Fr. 50'400.-) che egli conseguiva prima dell'insorgenza del danno alla salute (reddito da valido), egli non subisce alcuna perdita di guadagno. In queste circostanze ne discende che l'insorgente non ha diritto a una rendita di invalidità a seguito del miglioramento della sua capacità lavorativa. 2.9. In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di attribuzione di una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo dal 1° ottobre 2018 al 31 agosto 2019, e meglio da quando, dopo un anno dall'insorgenza del danno alla salute, con l'operazione di ottobre 2018 l'assicurato è stato inabile al lavoro in attività adeguate. Il diritto alla rendita non può perciò sorgere da dicembre 2017. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeits-prinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Di conseguenza, dovendo il ricorrente esercitare un'altra attività lavorativa molto leggera che gli permette di conseguire un reddito superiore a quello ricevuto come \_\_\_\_\_, benché egli non possa più, dal profilo medico, esercitare quest'ultima attività, l'assicurato non ha più diritto, come preteso, al riconoscimento di una rendita, seppure parziale, dovuta al danno alla salute. Considerato infatti che dal 22 maggio 2019 egli è nuovamente abile al lavoro al 100% in attività adeguate molto leggere e che il grado di invalidità calcolato dall'Ufficio AI, come visto, è nullo, tre mesi dopo questo miglioramento dello stato di salute il diritto a una rendita AI decade (art. 88a cpv. 2 OAI). Da quanto precede discende che non può quindi essere accolta

non solo la pretesa del ricorrente di percepire una rendita intera già dal mese di dicembre 2017, ma anche quella di ricevere una rendita parziale (ancora) da settembre 2019. 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.