

## **TI\_GERICHTE 32.2019.96 vom 25. März 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-03-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.96](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.96)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.96 du 25 mars 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.96 del 25 marzo 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

luglio 2006, consid. 5). 2.3. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, fino al 31 dicembre 2011 cpv. 3 e 4 OAI). Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), nella DTF 133 V 263, chiamato a pronunciarsi nel caso di nuova domanda presentata dopo l'assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha precisato la propria giurisprudenza e stabilito che in una tale evenienza la nuova domanda deve rispettare i requisiti posti dall'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI. Scopo di questo requisito è quello di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, *Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen*, in Schaffhauser/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 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 di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005

e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 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. 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). Giusta l'art. 29bis OAI, 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. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65; STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.3).

2.5. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie,

è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati; STCA 32.2019.7 del 9 dicembre 2019, consid. 2.4). 2.6. Preliminarmente il TCA rileva che l'amministrazione ha ritenuto assolte le condizioni per entrare nel merito della nuova richiesta di rendita di RI 1 e che pertanto, conformemente alla giurisprudenza esposta ai considerandi 2.3, si deve situare al momento in cui l'UAI con decisione del 30 maggio 2016 (doc. 87 incarto AI) - confermata con STCA 32.2016.68 del 28 agosto 2018, cresciuta incontestata in giudicato (doc. 142 incarto AI) - ha negato all'assicurato il diritto alla rendita poiché presentava un grado d'invalidità del 20% e, quindi, non pensionabile. In quell'occasione l'amministrazione si era fondata, dal profilo medico, sulla perizia pluridisciplinare psichiatrica, gastroenterologica e reumatologica allestita il 19 febbraio 2016 dal \_\_\_\_\_ (doc. 71 incarto AI). In tale ambito i medici del \_\_\_\_\_, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive, e i reperti esami (radiologici e di laboratorio), avevano sottoposto l'assicurato ad un consulto psichiatrico, ad un consulto gastroenterologico e ad un consulto reumatologico. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato era stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria, che, in assenza di patologie psichiatriche, l'aveva ritenuto abile al 100%, dal profilo psichiatrico, per l'attività da ultimo svolta e per tutte le altre teoricamente esigibili (doc. 71, pag. 202 e 203 incarto AI). Dal punto di vista gastroenterologico, l'assicurato era stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in gastroenterologia, che - dopo aver posto le diagnosi di "malattia da reflusso gastroesofageo" e "malattia diverticolare del colon" - aveva concluso che "i disturbi elencati dall'A. portavano ad un'incapacità lavorativa al massimo del 20% intesa come limitazione di

rendimento riferito ad un'attività al 100%. Questa diminuzione della capacità lavorativa era valevole dal 2011. Questa incapacità lavorativa era un valore massimo ma certe volte poteva essere anche nettamente più bassa con un decorso alternato. Prognosi: la prognosi a medio-lungo termine era buona. La diminuzione alla capacità lavorativa intermittente si giustificava con i dolori addominali e con dei problemi della defecazione che, ad intermittenza, rendevano più sedute sulla toilette necessarie. (...) L'A. era senz'altro in grado di svolgere altre attività nella misura di almeno 80%. (...) (doc. 71, pag. 210 incarto AI). Dal punto di vista reumatologico, l'assicurato era stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, che - dopo aver posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombospondilogenica cronica; modiche alterazioni degenerative aspecifiche anamnestiche al passaggio dorsolombare e a livello della colonna lombare (rapporti del Dr. \_\_\_\_\_)" ed aver puntualizzato che clinicamente non vi era alcuna evidenza per una neurocompressione e che in accordo con il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e medicina interna e medico curante dell'assicurato, vi era una forte discrepanza tra le lamentele e le ripercussioni funzionali che ne derivavano con i reperti oggettivi - ha concluso che, da un punto di vista reumatologico, RI 1 poteva senz'altro riprendere un'attività lavorativa come quella di esercente con una limitazione del rendimento dell'ordine del 10% mentre in un'attività leggera che tenesse conto delle limitazioni espresse al punto 5 della sua valutazione [ovvero: "La diminuzione della capacità lavorativa in attività pesanti a mediamente pesanti dovuta alle modiche alterazioni degenerative della colonne dorsolombare. L'assicurato limitato nel sollevamento e trasporto di pesi rilevanti (>15 kg) ed è leggermente limitato nel trasporto di oggetti come un plateau per il servizio ai clienti, particolarmente se questo deve essere svolto in modo molto ripetitivo e molto rapido. Limitazioni anche per movimenti ripetitivi di flessione-estensione del tronco e lavori sopra l'orizzontale"] vi era una piena capacità lavorativa. Il perito del \_\_\_\_\_ aveva precisato anche che "L'assicurato è in grado di svolgere un lavoro leggero e adatto che tenga conto delle limitazioni espresse al punto 5 a tempo pieno e con pieno rendimento, in un'attività solo parzialmente adatta come il lavoro di esercente vi è una diminuzione del rendimento dell'ordine del 10 %. In attività mediamente pesanti la diminuzione del rendimento può raggiungere il 20 % e in attività pesanti può raggiungere il 30 %." (doc. 71, pag. 207 e 208 incarto AI). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 19 febbraio 2016 dal \_\_\_\_\_ (doc. 71 incarto AI), i periti, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, avevano posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome lombospondilogenica cronica: - modiche alterazioni degenerative aspecifiche anamnestiche al passaggio dorsolombare e a livello della colonna lombare; - presenza di lieve scoliosi sinistro-convessa nel passaggio toracolombare e spondilosi D9-D10 in sede anteriore (radiografia colonna toracica del 5.11.2015); - segni di discopatia L4-L5 e segni di spondilartrosi L4-L5, L5-S1 (radiografia colonna lombare del 5.11.2015). Verosimile sindrome dell'intestino irritabile con: - malattia diverticolare del colon con episodio sicuro di diverticolite acuta trattata conservativamente nel 2005. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome metabolica: - obesità (BMI 30,7 kg/m2); - ipercolesterolemia non trattata. Malattia da reflusso gastroesofageo (diagnosi 2001): - esame di esofago-gastroduodenoscopia (8.11.2001 - Dr. med. \_\_\_\_\_): esofagite lieve distale da reflusso con lieve incompetenza iatale, gastrite cronica HP positiva e piccola ulcera duodenale in bulbo non deformato. (...)” (doc. 71, pag.

214 incarto AI) I periti del \_\_\_\_\_ avevano ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura dell'80% (da intendersi a tempo pieno con riduzione di rendimento) nell'attività da ultimo svolta, come pure in attività adeguate (doc. 71, pag. 215 incarto AI). Da ultimo, i periti del \_\_\_\_\_ avevano concluso che il quadro clinico dell'assicurato era rimasto sostanzialmente invariato negli anni, sia per la problematica gastroenterologica sia per quella reumatologica (doc. 71, pag. 219 incarto AI). Tali considerazioni erano state fatte proprie anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 23 febbraio 2016 (doc. 72 incarto AI). 2.7. Nel mese di giugno/settembre 2017 RI 1 ha fatto valere un peggioramento del proprio stato di salute, in particolare con riguardo ai problemi alla schiena, ad un cancro in metastasi e a delle problematiche cardiache (cfr. consid. 1.1 e 1.2). L'UAI ha accertato lo stato di salute dell'assicurato, raccogliendo agli atti la perizia pluridisciplinare (in ambito: internistico, psichiatrico, reumatologico, cardiologico, neurologico e oncologico) del 20 dicembre 2018 del \_\_\_\_\_ (doc. 186 incarto AI). In tale ambito i medici del \_\_\_\_\_, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive, e i reperti esami (radiologici - incluse TAC della colonna lombare del 25 giugno 2018 e MRI della colonna cervicale dell'11 luglio 2018 -, cardiologici - inclusi ECG a riposo, cicloergometria e ecocardiografia transtoracica, tutti del 27 luglio 2018 - e di laboratorio), hanno sottoposto l'assicurato ad un consulto internistico, psichiatrico, reumatologico, cardiologico, neurologico e oncologico. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria. La perita psichiatra ha avuto due colloqui con l'assicurato, in data 19 luglio 2018 (dalle ore 9.05 alle ore 10.10) e in data 9 agosto 2018 (dalle ore 14.50 alle ore 15.25). Nel rapporto del 22 agosto seguente (doc. 71, pag. 705-722 incarto AI) la specialista ha rivalutato gli atti medici, descritto l'anamnesi e l'esame obiettivo psichiatrico. Si è avvalsa dello schema MINI-ICF-APP con descrizione di risorse e deficit. Non ha riscontrato alcuna diagnosi di pertinenza psichiatrica, pertanto ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100% per qualsiasi attività lavorativa, con prognosi favorevole. Dal punto di vista cardiologico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in cardiologia e angiologia e capo servizio, servizio di cardiologia ed angiologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, sede \_\_\_\_\_. Il perito ha avuto un colloquio con l'assicurato in data 27 luglio 2018 (dalle ore 8.30 alle ore 10.00). Nel rapporto del 20 novembre seguente (doc. 71, pag. 723-735 incarto AI) lo specialista, dopo rivalutazione degli atti medici, a seguito di anamnesi specialistica, esame clinico, esami cardiologici specifici di ECG a riposo, ecocardiografia e prova da sforzo (quest'ultima non eseguibile per riferiti dolori alla schiena), non ha riscontrato alcuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa. Senza influsso sulla stessa la malattia coronarica compensata asintomatica, con stenosi inferiore del 30% a livello delle varie coronarie. L'assicurato pertanto dal lato valetudinario è stato giudicato abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività lavorativa, con prognosi favorevole. Dal punto di vista neurologico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia. Il perito ha avuto un colloquio con l'assicurato in data 2 agosto 2018 (dalle ore 11.00 alle ore 12.00). Nel rapporto del 3 agosto 2018 (doc. 71, pag. 736-743 incarto AI) lo specialista ha rivalutato gli atti medici a disposizione, descritto l'anamnesi e l'esame clinico. Ha rivalutato gli esami di MRI lombare e cervicale eseguiti negli anni tra il 2016 e il 2018. Non ha riscontrato diagnosi neurologiche con conseguenze sulla capacità

lavorativa: senza influsso sulla capacità lavorativa ha descritto il quadro di meralgia parestetica bilaterale, una sindrome lombovertebrale cronica senza deficit radicolari associati, una lieve sindrome del tunnel carpale anamnesticamente bilaterale ed una lipomatosi epidurale non sintomatica. Ha ritenuto che le varie diagnosi riscontrate non causassero limitazioni rilevanti nell'assicurato, pertanto lo ha giudicato abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività lucrativa. Lo specialista ha descritto segni di amplificazione dei sintomi con discrepanza tra la sintomatologia soggettiva e i reperti oggettivi. Dal punto di vista oncologico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna, oncologia-ematologia. Il perito ha avuto un colloquio con l'assicurato in data 17 agosto 2018 (dalle ore 11.25 alle ore 12.20). Nel rapporto del 20 agosto 2018 (doc. 71, pag. 744-757 incarto AI) lo specialista ha rivalutato gli atti medici a disposizione, descritto l'anamnesi e l'esame clinico. Con influenza sulla capacità lavorativa ha posto in diagnosi il quadro di seminoma testicolare sinistro, con necessità di orchietomia inguinale in data 13 giugno 2017, due cicli di chemioterapia secondo schema BEP dal 27 giugno 2017 al 5 agosto 2017, somministrazioni di Bleomicina l'8 agosto 2017 e il 16 agosto 2017 e successivamente completamento con radioterapia a livello inguinale sinistro, per un dosaggio totale di 36 Gy dal 25 ottobre al 20 novembre 2017. La malattia oncologica e la terapia oncologica hanno determinato un'incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività dal 30 maggio 2017 sino ad almeno a sei mesi dalla fine della chemioterapia (sino a fine febbraio 2018). A partire dal 1° marzo 2018 l'assicurato è stato giudicato abile al lavoro nella misura dell'80% nell'attività abituale per riduzione del rendimento lavorativo, abile al 100% in attività adatta. Il percorso di terapia oncologica eseguito è stato adeguato, caratterizzato da un'alta efficacia e da una buona prognosi a lungo termine. Data la possibile tossicità polmonare da chemioterapia, si indica da prevedersi ambulatoriamente una valutazione pneumologica comprensiva di funzionalità respiratoria, in un assicurato che tuttavia in quel momento non risultava essere sintomatico dal lato polmonare. Non vi erano ulteriori proposte terapeutiche per poter migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato stesso. Il perito ha ribadito una prognosi favorevole. Dal punto di vista reumatologico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia. Il perito ha avuto un colloquio con l'assicurato in data 5 settembre 2018 (dalle ore 10.00 alle ore 11.15). Nel rapporto del 6 settembre 2018 (doc. 71, pag. 758-774 incarto AI) lo specialista ha rivalutato gli atti medici di sua competenza a disposizione, descritto l'anamnesi e l'esame clinico. Ha rivisto i vari esami radiologici comprensivi di radiogrammi convenzionali, TAC e MRI, effettuati nel corso degli anni, a carico della colonna vertebrale. Con influsso sulla capacità lavorativa ha riscontrato un quadro di toracolombalgia nell'ambito di alterazioni statiche con leggera scoliosi a forma di S, alterazioni degenerative iniziali alla colonna toracolombare come pure una tendenza ad un reumatismo delle parti molli. Senza influsso sulla capacità lavorativa una meralgia parestetica bilaterale alle estremità inferiori. Dal lato valetudinario ha giudicato l'assicurato abile al lavoro nella misura dell'80% causa riduzione del rendimento lavorativo, in qualsiasi attività lucrativa. Tale riduzione della capacità lavorativa è stata ritenuta valida a partire dal settembre 2017, vale a dirsi dalla data in cui l'assicurato ha inoltrato l'ultima richiesta volta all'ottenimento di prestazioni AI per adulti. Antecedentemente faceva stato quanto valutato in ambito peritale da precedente perizia pluridisciplinare \_\_\_\_\_, da parte del dr. med. \_\_\_\_\_. Il decorso dei disturbi negli anni era stato caratterizzato dall'intensificarsi della sintomatologia algica, con un'estensione dei dolori non più solo a livello lombare e

toracale, ma anche a livello cervicale, subentrando inoltre disturbi funzionali nel contesto fibromialgico. Anche in ambito reumatologico si erano potuti osservare atteggiamenti dimostrativi, con netta discrepanza tra la sintomatologia dolorosa invalidante soggettiva ed i reperti clinici e radiologici evidenziati dal perito. Non vi erano proposte terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato. La prognosi per quel che riguardava le problematiche statiche e degenerative alla colonna vertebrale era da considerarsi favorevole, per quanto riguarda i dolori in contesto fibromialgico sfavorevole. Dal punto di vista internistico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina interna generale. La perita ha avuto un colloquio con l'assicurato in data 17 luglio 2018 (dalle ore 8.50 alle ore 11.20), che dopo aver rivalutato gli atti medici di sua competenza a disposizione, descritto l'anamnesi e l'esame clinico - ha riscontrato, quali diagnosi internistiche con influenza sulla capacità lavorativa, la patologia intestinale di intestino irritabile con episodi di diverticolite acuta non complicata. La perita ha giudicato l'assicurato abile in quel momento al 90% in qualsiasi attività dal lato internistico per riduzione del rendimento (doc. 71, pag. 682-690). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 20 dicembre 2018 (doc. 186 incarto AI), i periti, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento e della esauriente discussione avuta luogo il 19 dicembre 2018 alle ore 11.40 tramite teleconferenza (doc. 186, pag. 691 incarto AI), hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) B. Diagnosi rilevanti con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. B.1 Diagnosi rilevanti con influenza sulla capacità lavorativa. Toracolombalgia nell'ambito di alterazioni statiche con leggera scoliosi a forma di S e alterazioni degenerative iniziali alla colonna toracolombare. Tendenza ad un reumatismo delle parti molli. Seminoma testicolare sin., stadio II, good risk (diagnosi per biopsia linfonodale inguinale sin., in data 30.5.2017): - orchiectomia inguinale sin. (13.6.2017), - primo ciclo di chemioterapia secondo schema BEP dal 27.6.2017 all'1.7.2017, - secondo ciclo di chemioterapia secondo schema BEP dall'1.8.2017 al 5.8.2017, - somministrazioni di Bleomicina in data 8.8.2017 e 16.8.2017, - radioterapia a livello inguinale sin., con dose totale 36 Gy in 18 frazioni da 2 Gy dal 25.10.2017 al 20.11.2017. Verosimile sindrome dell'intestino irritabile con: - malattia diverticolare del colon con episodio sicuro di diverticolite acuta trattata conservativamente nel 2005, - diverticolite acuta trattata conservativamente nel contesto di neutropenia da chemioterapia (luglio 2017), - concomitante intolleranza al lattosio. B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Meralgia parestetica bilaterale alle estremità inferiori. Sindrome lombovertebrale cronica senza deficit radicolari associati. Lipomatosi epidurale non sintomatica. Lieve sindrome del tunnel carnale anamnesticamente bilaterale. Malattia coronarica compensata asintomatica con: - stenosi inferiore del 30% del tronco comune, - stenosi inferiore del 30% del RIVA medio, del RIVA distale e del primo ramo diagonale, - stenosi inferiore del 30% dell'arteria circonflessa media e stenosi ostiale attorno al 50% del ramo intermedio, - stenosi inferiore al 30% dell'arteria coronarica ds. prossimale con stenosi del 50-70% emodinamicamente non significativa del III medio e inferiore del 30% del terzo distale, stenosi inferiore del 30% dell'arteria interventricolare posteriore, - FRCV: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia trattata, abuso nicotinic pregresso (35 ply), adiposità con BMI a 33 kg/m2, familiarità dubbia per malattie cardiovascolari, positiva per diabete. Sindrome metabolica: - obesità (BMI 33,02 kg/m2), - ipercolesterolemia in trattamento, - ipertensione arteriosa non trattata. Malattia da reflusso gastroesofageo (diagnosi 2001): - esame di esofagogastroduodenoscopia con

riscontro di esofagite lieve distale da reflusso, lieve incompetenza iatale, gastrite cronica HP positive e piccola ulcera duodenale in bulbo non deformato (8.11.2001). Tabagismo attivo sino al 2017 (complessivo di 25 p/y). Ginecomastia bilaterale, prevalente a ds. in ulteriore fase di accertamento. (...)” (doc. 186, pag. 694-696 incarto AI) I periti del \_\_\_\_\_ hanno inoltre precisato quanto segue: " (...) L'A. presenta primariamente limitazioni funzionali dal punto di vista oncologico e reumatologico. Dal lato oncologico la patologia di seminoma riscontrata nel maggio 2017 con i vari interventi chirurgici e farmacologici intrapresi, limita l'A. unicamente in attività svolta di gerente, causa sintomatologia di stanchezza, necessità di più pause e necessità di tempi di recupero più prolungati. Le patologie reumatologiche creano nell'A, limitazioni funzionali in qualsiasi attività lavorativa. Per le sole problematiche statiche degenerative valgono le limitazioni funzionali descritte già precedentemente in prima perizia pluridisciplinare \_\_\_\_\_ del 2016: "l'A. è limitato nel sollevamento e trasporto i pesi rilevanti superiori a 15 kg, leggermente limitato nel trasporto di oggetti come un plateau per il servizio ai clienti, particolarmente se questo deve essere svolto in modo molto ripetitivo e molto rapido, vi sono limitazioni anche per movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori sopra l'orizzontale, sono controindicate posizioni inergonomiche per la schiena. A queste si aggiungono le limitazioni funzionali determinate nel corso degli anni dallo sviluppo di un reumatismo delle parti molli, con dolori diffusi, disturbi funzionali, maggior stanchezza ed astenia con necessità di pause prolungate e di tempi di recupero più lunghi". La patologia intestinale attualmente controllata porta l'A. a necessitare più pause per recarsi al bagno qualora lo necessiti. Le diagnosi restanti riscontrate dal punto di vista internistico, cardiologico, neurologico e psichiatrico, non portano nell'A, limitazioni funzionali riguardo l'attività da ultimo svolta di esercente, come pure riguardo ad un'attività adatta. (...)” (doc. 186, pag. 696 incarto AI) I periti del \_\_\_\_\_ hanno rilevato un “ certo atteggiamento dimostrativo dell'A. durante le visite peritale, con riscontro di una certa discrepanza tra sintomatologia dolorosa invalidante soggettiva e reperti clinici e radiologici evidenziati ”, puntualizzando che come “ già sottolineato, si sono potuti riscontrare fenomeni di amplificazione di sintomi, atteggiamenti dimostrativi, con segni di discrepanza tra la sintomatologia dolorosa invalidante a livello soggettivo ed i reperti clinici e radiologici evidenziati. Tuttavia non vi sono segni di esagerazione nè di simulazione di sintomi ” (doc. 186, pag. 697 incarto AI). I periti del \_\_\_\_\_ hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura dell'80% nell'attività abituale di gerente, come pure in attività adeguate (doc. 186, pag. 697 incarto AI). I periti del \_\_\_\_\_ hanno specificato quanto segue: " La capacità lavorativa dell'80% complessiva riguardo l'attività svolta di esercente è la risultante dall'integrazione della capacità lavorativa dell'80% in ambito oncologico, da quella sempre all'80% in ambito reumatologico e da quella al 90% dal lato internistico. Si giustifica un'integrazione e non una sommazione delle varie capacità lavorative in quanto trattasi unicamente di riduzione del rendimento lavorativo, inoltre le problematiche riscontrate in ambito oncologico, reumatologico e internistico portano nell'A, i medesimi limiti funzionali sopra esposti, vale a dirsi necessità di più pause, necessità di tempo di recupero più prolungati. La capacità lavorativa dell'80% in attività adatta è dovuta a problematica reumatologica e internistica: giustifichiamo sempre un'integrazione delle due capacità lavorative per i motivi di cui sopra.” (doc. 186, pag. 697 e 698 incarto AI) In relazione all'attività abituale (esercente), i periti del \_\_\_\_\_ hanno precisato inoltre quanto segue: " (...) L'A. viene giudicato inabile al lavoro al 100% causa patologia oncologica dal 30.5.2017 al 28.2.2018. Successivamente dall' 1.3.2018 dal lato oncologico la capacità

lavorativa dell'A, in attività svolta risulta essere dell'80%. Dal lato reumatologico la capacità lavorativa dell'80% è da ritenersi valida a partire dal settembre 2017, vale a darsi dal momento in cui l'A. ha inoltrato l'ultima richiesta per rendita AI. Antecedentemente fa stato quanto valutato in ambito peritale. Dal lato internistico è esistita un'inabilità lavorativa al 100% dovuta a episodio di diverticolite acuta nel luglio 2017, dal settembre 2017 vale una capacità lavorativa del 90%. Antecedentemente fa stato quanto valutato in precedente perizia \_\_\_\_\_.

Complessivamente dunque l'A. è da considerarsi inabile al lavoro al 100% dal 30.5.2017 al 28.2.2018, a partire dall'1.3.2018 l'A. è ritenuto abile complessivamente al lavoro in attività svolta all'80%. (...)” (doc. 186, pag. 698 incarto AI)

In relazione ad un'attività adeguata, i periti del \_\_\_\_\_ hanno puntualizzato inoltre quanto segue: "(...) Per quel che riguarda un'attività adatta l'A. è da considerarsi inabile al lavoro al 100% dal 30.5.2017 al 28.2.2018. A partire dall'1.3.2018 l'A. risulta abile al lavoro nella misura dell'80% causa patologia reumatologica e internistica. Antecedentemente fa stato quanto valutato in ambito peritale \_\_\_\_\_.

(...)” (doc. 186, pag. 698 incarto AI)

Da ultimo, i periti del \_\_\_\_\_ hanno osservato quanto segue: "(...) Dal punto di vista reumatologico non vi sono proposte terapeutiche per migliorare lo stato di salute dell'A, e di conseguenza la sua capacità lavorativa. La prognosi per quel che riguarda gli aspetti nell'ambito di problematiche statiche degenerative alla colonna risulta favorevole, per quel che riguarda i dolori sfavorevole. Dal lato oncologico la prognosi è favorevole (...). Dal lato psichiatrico, cardiologico, neurologico non vi sono patologie influenti la capacità lavorativa. (...). Per quanto riguarda la patologia intestinale non vi sono proposte per migliorare lo stato di salute e la capacità lavorativa. (...)” (doc. 186, pag. 698 e 699 incarto AI)

La valutazione del \_\_\_\_\_ è stata avallata anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 22 dicembre 2018 (doc. 188 incarto AI) e nell'annotazione del 23 gennaio 2019 (doc. 190 incarto AI).

2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione - prima dell'emissione della decisione qui impugnata ( in casu , il 25 marzo 2019) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) - non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dagli specialisti del \_\_\_\_\_, poi avallata dal SMR, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI. Il TCA constata, infatti, che i periti del \_\_\_\_\_ hanno tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti. I consulenti in medicina interna, psichiatria, reumatologia, cardiologia, neurologia e oncologia, come visto, hanno infatti analizzato l'insieme delle patologie dell'interessato, giungendo a conclusioni ben motivate riguardo ai limiti funzionali e alla capacità lavorativa residua esigibile nonostante i disturbi alla salute. In tale ambito occorre rilevare che il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell'ambito dell'esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell'esperto (cfr. STF 8C\_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie.

L'assicurato non ha infatti prodotto della documentazione medico-specialistica atta a sollevare il benché minimo dubbio riguardo all'apprezzamento peritale del \_\_\_\_\_. Il TCA non ignora i certificati medici versati agli atti in questa sede dal patrocinatore dell'assicurato e allestiti dai medici curanti dell'assicurato, in particolare, quelli del dr. med.

\_\_\_\_\_, capoclinica, specialista in neurochirurgia e chirurgia vertebrale, presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, del 5 giugno 2019 (doc. I), del 23 agosto 2019 (doc. L) e del 20 settembre 2019 (doc. M), che già nel rapporto medico del 20 novembre 2017 (doc. 152 incarto AI), noto ai periti del \_\_\_\_\_, attestava un'incapacità lavorativa di almeno il 75% in qualsiasi attività, adeguata e abituale, per dorsolombalgia cronica e dolore sacroiliaco sinistro rispettivamente il certificato medico del 9 aprile 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, caposervizio, specialità in ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore, chirurgia vertebrale, della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. H). Nel certificato del 9 aprile 2019 (doc. H), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Si tratta di un paziente seguito dalla nostra equipe dal 2016, paziente noto per dorsolombalgia cronica e dolore sacroiliaco sinistro. Concomita diagnosi e trattamento di seminoma testicolare sinistro, con chemioterapia tollerata con fatica. Da subito dopo l'intervento di resezione del tumore il paziente ha lamentato parestesie alla coscia bilateralmente, in regione anterolaterale, fino al ginocchio. Il disturbo non si è attenuato ma è sempre presente. A questa problematica si associa un quadro di degenerazione artrosica delle apofisi articolari del tratto lombare distale e delle articolazioni sacra iliache in stato di sovrappeso. Attualmente non è indicato alcun trattamento chirurgico, le opzioni terapeutiche proposte fino ad oggi hanno ridotto solo temporaneamente i sintomi riferiti. Le problematiche descritte dal paziente influenzano la vita sociale e non permettono lo svolgimento di attività lavorative pesanti o che richiedano la stazione eretta prolungata. Presenta un valore alla Oswestry disability index del 48% indice di una disabilità severa. La diagnosi ed il parere specialistico si basano in parte sui riscontri strumentali ed in parte sulla semeiotica. Il dolore e la limitazione funzionale sono dei fattori soggettivi e suppongo che siano riferiti con onestà da parte del paziente. (...)” (doc. H; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice) Nell'annotazione del 17 maggio 2019 il medico del SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato che: " (...) Dal rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non risulta una nuova patologia o una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione \_\_\_\_\_. (...)” (doc. IV 1) Nel certificato del 5 giugno 2019 (doc. I), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Egregio Avvocato RA 1, confermo le precedenti valutazioni in merito alle problematiche spinali del Sig. RI 1 che Lei ha riassunto nel ricorso alla decisione AI; lo stesso, dal punto di vista vertebrale, non appare idoneo ad una ripresa lavorativa come gerente e condivido inoltre con Lei che in una simile professione il Sig. RI 1 presenta una limitazione stimabile nel 75%. (...)” Nell'annotazione del 2 luglio 2019 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato che: " (...) Il certificato del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 05.06.2019 (02.07.2019 - 0001 GED), per quanto "stabilisca" l'inidoneità dell'assicurato ad una ripresa lavorativa come gerente, con una "limitazione stimabile" nel 75%, lo fa in modo del tutto arbitrario, ossia senza una benché minima descrizione dello stato clinico generale attuale, senza un esame obiettivo dettagliato in grado di oggettivare la limitazione attestata, senza alcun supporto diagnostico strumentale, senza cioè elementi che sconsigliassero la valutazione pluridisciplinare peritale del 22.12.2018 (0001 - GED), ma soprattutto senza proporre nuove entità nosologiche codificate secondo ICD-10 che giustificassero la sua diversa valutazione clinico-funzionale. Pertanto, una simile attestazione non può avere alcuna valenza scientifica e non può modificare in alcun modo quanto già definito in ambito SMR. Si conferma integralmente il contenuto del rapporto finale SMR del 22.12.2018. (...)” (doc. X-1) Nel certificato del 23 agosto 2019 (doc. L), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) con la presente, e come richiesto dal paziente, provvedo a delucidazioni pertinenti al mio ambito specialistico (Neurochirurgia -

Chirurgia vertebrale) in merito allo stato di salute e connesse alla inabilità al lavoro per quanto concerne il Sig. RI 1. Come già evidenziato negli anni passati, sulla base dell'obiettività clinica e degli accertamenti radiologici (RMN del rachide lombosacrale, TC del rachide lombosacrale, TeleRX del rachide, RX statico e dinamico del rachide lombosacrale), il Sig. RI 1 risulta essere affetto dai seguenti disturbi concernenti il rachide:

1. Diagnosi principale: - degenerazione del disco L4-L5 (Pfirrmann grado 4, iniziali segni di degenerazione tipo MODIC I - RMN lombosacrale del 2017).
2. Diagnosi secondarie: - lipomatosi epidurale L5-S1 con compressione del sacco durale; - deficit di lordosi lombare ed ipocifosi toracica, segno di compenso spinale in disallineamento sagittale incipiente; - rigidità del rachide lombare distale (L3-51), dimostrato clinicamente e dopo esecuzione di RX dinamico della colonna lombare; - atteggiamento scoliotico toracico prossimale con asimmetria scapolare; - segni clinici positivi per dolore originante a livello dell'articolazione sacroiliaca bilateralmente. Al di là del quadro spinale tengo a segnalare inoltre che il paziente è stato sottoposto nel 2017 ad orchietomia sinistra per seminoma testicolare, trattamento seguito da chemioterapia e radioterapia. In seguito ai trattamenti ha sviluppato un quadro ascrivibile a meralgia parestesica bilaterale, attualmente ancora determinante disturbi. I disturbi spinali del Sig. RI 1 summenzionati si manifestano con dolore soprattutto in transito lombosacrale ed in regione sacroiliaca bilateralmente ma anche a livello medio toracico ed irradiano alla regione posteriore di coscia; peggiorano significativamente con i passaggi posturali e con il carico. Essi sono presenti, a detta del paziente, dall'età adolescenziale ma appaiono in evoluzione peggiorativa. I sintomi lamentati sono spiegati dai riscontri oggettivi: in particolare la discopatia degenerativa che si evidenzia a carico del segmento L4-L5 è correlata alla presenza di dolore in transito lombosacrale, di tipo discogeno, ed esacerbata in presenza di carichi e sforzi fisici. In aggiunta, l'incipiente disallineamento sagittale legato alla riduzione della lordosi lombare con strapiombo anteriore determina tensione della muscolatura spinale soprattutto dorsale nel tentativo di "riequilibrare" il paziente; la tensione muscolare (ed il conseguente dolore) sono ugualmente peggiorati dai carichi, dagli sforzi fisici, dai movimenti in massima flessione-estensione del tronco e dalle posizioni statiche. Per palliazione dei sintomi il Sig. RI 1 si sottopone ciclicamente e regolarmente, a cadenza tri- o quadrimestrale, a trattamento infiltrativo spinale con steroidi. In alcune occasioni di severe riacutizzazione del dolore è stato necessario ricorrere al ricovero del paziente con impostazione di terapia analgesica per via endovenosa. Come già annunciato in precedenti rapporti tali problematiche determinano, a mio avviso, una inabilità al lavoro nell'esercizio di attività che richiedano carichi, sforzi fisici, necessità di flessione ed estensione del tronco, mantenimento di atteggiamenti posturali scorretti (es. posizioni inginocchiate) ed il mantenimento di posizioni statiche continuative, soprattutto la posizione eretta, in assenza di possibilità di riposare seduti anche soltanto per alcuni minuti. Nel caso in oggetto una attività come gerente (il paziente mi ha illustrato dettagliatamente ciò che caratterizza tale attività) non appare certamente indicata per lo stato di salute del Sig. RI 1. Ritengo quindi giustificata una inabilità al lavoro nella professione di esercente almeno del 75%. (...)” (n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice) Nel rapporto del 28 agosto 2019 (doc. XV-1) il medico del SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato che: " (...) La valutazione clinica del Dr. med. \_\_\_\_\_, fondata sul vecchio referto di MRI lombosacrale del 2017 (ma la degenerazione discale L4-L5 è nota dal novembre 2016) e sulla descrizione dei sintomi denunciati dall'assicurato, prende in considerazione le medesime entità nosologiche già note e valutate in ambito peritale pluridisciplinare \_\_\_\_\_ in febbraio 2016 e in

dicembre 2018, ricalcando di fatto tutte le sue precedenti valutazioni senza apportare elementi clinico-strumentali nuovi. (...). Anche in questo caso, quindi, non vi è nulla di nuovo in ciò che descrive il Dr. med. \_\_\_\_\_, per cui la sua attestazione di IL del 75%, non sostenuta da un neurostatus e da uno status reumatologico diversi né da nuove acquisizioni strumentali, costituisce soltanto diversa valutazione di una medesima fattispecie medica. (...). Proseguendo nella sua valutazione, il Dr. med. \_\_\_\_\_ afferma che le problematiche dell'assicurato determinano una inabilità al lavoro nell'esercizio di attività che richiedono carichi, sforzi fisici, necessità di flessione ed estensione del tronco, mantenimento di atteggiamenti posturali scorretti (ad es. posizioni inginocchiate) ed il mantenimento di posizioni statiche continuative. Tutto ciò risulta sovrapponibile a quanto è già stato valutato in ambito SMR. (...). Ora, 9 Kg non rappresentano di certo uno sforzo fisico, specie in presenza di un trofismo muscolare normale quale quello oggettivato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione peritale per il \_\_\_\_\_, fermo restando che l'assicurato, secondo il quadro suesposto, può, alternare la postura del corpo come e quando vuole. Può, quindi evitare flessioni ed estensioni estreme ed inergonomiche del tronco, così come evitare di mantenere atteggiamenti posturali scorretti. Anche in questo caso, quindi, non vi è nulla di nuovo in ciò che descrive il Dr. med. \_\_\_\_\_, per cui la sua attestazione di IL del 75%, non sostenuta da un neurostatus e da uno status reumatologico diversi né da nuove acquisizioni strumentali, costituisce soltanto diversa valutazione di una medesima fattispecie medica. A questo punto occorre ricordare che l'assicurato è stato sottoposto a perizia pluridisciplinare con valutazione psichiatrica, reumatologica e gastroenterologica già nel febbraio 2016 (...). In novembre 2016, lo stesso Dr. med. \_\_\_\_\_, come si diceva, diagnosticava una: - degenerazione discale L4-L5 e lipomatosi epidurale L5-S1 con compressione del sacco durale e deficit della lordosi lombare. Si può, notare che si tratta ancora della medesima diagnosi riportata nel suo rapporto del 23.08.2019 commissionato dal rappresentante legale dell'assicurato. (...). Tutte le situazioni cliniche rilevate dal 2016 in poi corrispondono incontestabilmente alla situazione attuale. Pertanto, si ribadisce ancora una volta come non vi siano nuove oggettivazioni, nemmeno di carattere strumentale visto che il Dr. med. \_\_\_\_\_ si riferisce ancora al referto di una vecchia MRI lombosacrale del 2017, mentre l'assicurato è stato rivalutato in ambito \_\_\_\_\_ in dicembre 2018. (...). Alla luce di quanto evidenziato a seguito di rigorosa analisi del rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 23.08.2019, si conferma integralmente la mia precedente presa di posizione 02.07.2019 (GED - 0001) sul caso e le conclusioni espresse nel RAF SMR del 22.12.2018". Nel certificato medico del 20 settembre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha sostanzialmente ribadito le proprie precedenti valutazioni, anche alla luce di un esame clinico effettuato il 19 settembre 2019, che ha messo in evidenza una deambulazione zoppicante a sinistra (zoppia di fuga) e ritenendo giustificata una inabilità al lavoro nella professione di esercente almeno del 75% (doc. M). Nel rapporto del 4 novembre 2019 (doc. XXIII-1) il medico del SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha sostanzialmente ribadito che non vi erano nuove diagnosi o nuove entità nosologiche strumentali dimostrate e codificate secondo ICD-10, in aggiunta a quelle già note e valutate. Non vi era alcuna nuova oggettivazione strumentale. In particolare, la degenerazione del disco L4-L5 si riferiva ancora una volta alla vecchia RMN lombosacrale effettuata nel 2017. Inoltre, con espresso riferimento alla zoppia, ha puntualizzato quanto segue: " Il resoconto della visita effettuata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ il 19.09.2019 inizia con la descrizione di una deambulazione "evidentemente" zoppicante a sinistra che, se da un lato si contrappone alla "leggera zoppia"

descritta dal Dr. med. \_\_\_\_\_, dall'altro non è supportata da alcuna nuova indagine strumentale e, pertanto, rimane senza un substrato morfologico adeguato che la spieghi. Non si comprende, quindi, come lo specialista non abbia subito provveduto ad un approfondimento diagnostico mediante RMN per spiegare, da un punto di vista morfologico, l'accentuazione del segno clinico già noto. Il fatto, poi, che durante la visita l'assicurato necessitasse di cambiare posizione ogni 10 minuti, è in linea con le limitazioni funzionali definite in ambito SMR e peritale \_\_\_\_\_, per le quali egli può cambiare posizione come e quando vuole. In ogni caso, ciò non costituisce un reperto oggettivo, in quanto si basa esclusivamente su quanto soggettivamente manifestato e riferito dall'assicurato, e non su parametri misurabili, quali ad esempio un nuovo esame di ENMG, una nuova RMN lombare, una nuova TC. Non è stata, quindi, affatto dimostrata alcuna correlazione tra l'accentuazione della nota zoppia e una qualche nuova base morfologica. (...)” Il TCA, attentamente vagliata la documentazione medica agli atti, non ha motivo di scostarsi dalle dettagliate, approfondite, motivate e convincenti considerazioni espresse dal medico SMR, \_\_\_\_\_, espone nei rapporti del 28 agosto 2019 (doc. XV-1) e del 4 novembre 2019 (doc. XXIII-1). Dal momento che le certificazioni degli specialisti di fiducia dell'assicurato si basano inoltre sostanzialmente sul medesimo quadro diagnostico, esse rappresentano unicamente un diverso apprezzamento delle ripercussioni sulla capacità lavorativa del medesimo quadro patologico e diagnostico, che non permettono quindi in alcun modo di distanziarsi dalla perizia del 20 dicembre 2018 del \_\_\_\_\_ (doc. 186 incarto AI) e dal rapporto finale del 22 dicembre 2018 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, che l'ha avallata (doc. 188 incarto AI). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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 - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'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\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In siffatte circostanze il Tribunale non

condivide le critiche mosse dal rappresentante dell'assicurata all'operato dell'amministrazione dal profilo medico, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere all'assunzione di ulteriori prove. Va ricordato che, 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 più non potrebbero 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*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze dei periti interpellati dall'amministrazione (avallate pure dal medico SMR nel rapporto finale del 22 dicembre 2018), le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer ■ Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che a RI 1 vada riconosciuta un'incapacità lavorativa del 100 % in qualsiasi attività lavorativa (abituale e adeguata) dal 30 maggio 2017 al 28 febbraio 2018 a causa della patologia oncologica rispettivamente del 20% (da intendersi come riduzione di rendimento), nell'attività abituale di "esercente" come pure di un'attività adeguata rispettosa delle limitazioni derivanti dal danno alla salute e risultanti dalla perizia del \_\_\_\_\_ dal 1° marzo 2018 a causa della patologia reumatologica e internistica. Stante quanto precede, rispetto alla decisione del 30 maggio 2016 dell'UAI (doc. 87 incarto AI) - confermata con STCA 32.2016.68 del 28 agosto 2018, cresciuta incontestata in giudicato (doc. 142 incarto AI) - lo stato di salute di RI 1 ha subito un peggioramento temporaneo, dal 31 maggio 2017 al 28 febbraio 2018, a causa della patologia oncologica. 2.9. Con sentenza n. 32.2016.68 del 28 agosto 2018 (doc. 142 incarto AI), cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha confermato la decisione del 30 maggio 2016 dell'UAI, giusta la quale l'assicurato presentava un grado d'invalidità del 20%, a fronte di un'incapacità lavorativa del 20% (intesa come presenza a tempo pieno con riduzione del rendimento), sia nell'attività abituale di "gerente" sia in attività adeguate al danno alla salute, a far tempo dal gennaio 2011 e continua (cfr. STCA 32.2016.68 del 28 agosto 2018: doc. 142 incarto AI: cfr. consid. 1.1). In applicazione della media retrospettiva (cfr., fra le tante, sentenza 32.2014.189 del 2 marzo 2015), l'UAI ha quindi ritenuto che l'assicurato (che, come appena detto, presentava un grado di invalidità del 20% già a decorrere dal 1° gennaio 2011) avrebbe avuto diritto ad un quarto di rendita d'invalidità con grado AI del 40% dal 1° luglio 2017 e ad una rendita intera con grado AI del 100% dal 1° ottobre 2017 (tre mesi dopo il riconoscimento del quarto di rendita AI; doc. 193, pag. 826 e

827 incarto AI). Visto che il diritto alla prestazione è stato rivendicato il 1° giugno 2017, è - a ragione (ciò che è peraltro incontestato: cfr. consid. 2.1) - che l'UAI ha proceduto al versamento della rendita unicamente a decorrere dal 1° dicembre 2017 (ovvero 6 mesi dopo la precitata richiesta), conformemente all'art. 29 cpv. 1 LAI. Parimenti correttamente l'UAI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera limitatamente al 31 maggio 2018 (trascorsi 3 mesi dall'oggettivo miglioramento dello stato di salute a partire dal 1° marzo 2018 ex art. 88a cpv. 1 OAI), stabilendo, per il periodo successivo, un grado di invalidità del 20% (doc. 193, pag. 826 e 827 incarto AI). 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata. 2.11. 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.