

# TI\_GERICHTE 32.2020.159 vom 18. Mai 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-05-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.159](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.159)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.159 du 18 mai 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.159 del 18 maggio 2021

## Regeste

L'amministrazione riconosce una rendita intera per un certo periodo e quindi una mezza prestazione. Assicurato contesta riduzione rendita. Affezioni psichiche. TCA conferma decisione

## Erwägungen

### E. 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'inabilità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). 2.5. Ricevuta la domanda di prestazioni, valutati vari certificati medici dei curanti, l'amministrazione ha acquisito il rapporto medico del 26 novembre 2018 del dr. \_\_\_\_\_, neurochirurgo, il quale, attestata la presenza di un'ernia discale L4-L5 espulsa (intervento del 26 gennaio 2018) e canale stretto congenito, ha indicato un'inabilità lavorativa come autista di camion del 50% dal 1. marzo 2018 e dell'80% dal 1. maggio al 30 giugno 2018 (doc. AI pag. 85). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_, internista curante, il 26 novembre 2018 ha posto la diagnosi di sindrome lomboradicolare S1 dx dopo escissione di ernia discale e discectomia e ha attestato un'inabilità completa dal dicembre 2017 al 26 gennaio 2018 e dell'80% dal luglio al 31 ottobre 2018 (doc. AI pag. 100). Il 19 luglio 2019 egli, precisata anche la diagnosi di stenosi del canale spinale a livello L2/L3 e L3/L4, ha confermato un'inabilità lavorativa come autista dell'80% dal novembre 2018, ridotta al 50% dal maggio 2019 (doc. AI pag. 143). Il curante ha pure prodotto la documentazione dei consulti effettuati presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, referti radiologici (risonanze magnetiche alla colonna lombare del settembre 2018), così come rapporti del \_\_\_\_\_ del febbraio e giugno 2018 (doc. AI pag. 106-111). L'UAI ha pure richiamato gli atti dalla \_\_\_\_\_, la quale ha riconosciuto all'assicurato indennità giornaliera per un'inabilità nella sua attività completa dal dicembre 2017, del 50% dal marzo 2018 e dell'80% dal maggio 2018 e del 50% dal maggio 2019 (doc. AI pag. 116 e 120, 372-374). Valutata la documentazione medica, con rapporto del 9 ottobre 2019 il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, per le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Esiti di fenestrazione e sequestrectomia L4-L5 paramediana destra il 26.1.2018 su/con stenosi del canale spinale a livello L2-L3 e L3-L4 ", ha concluso per un'inabilità nella professione esercitata di autista

indipendente e ogni attività del 100% dal 5 dicembre 2017, del 50% dal 1. marzo 2018, dell'80% dal 1. maggio 2018 e, quindi, dal 1. maggio 2019, un'inabilità del 50% come autista indipendente, ma nulla in un'attività leggera adeguata rispettosa dei limiti posti quali segnatamente il sollevamento di carichi massimi di 10kg, e la necessità di alternare la postura al bisogno, essendo indicata un'attività " di tipo leggero, ripetitivo, semplice che permetta i cambi di posizione e rispetti il limite di carico" (doc. AI 33). Visto il rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente del 26 novembre/3 dicembre 2019 e quello del consulente professionale del 6 dicembre 2019 (doc. AI 41), con progetto di decisione del 31 dicembre 2019, ammessi i periodi di inabilità lavorativa indicati dal SMR e effettuato il confronto dei redditi, l'UAI ha proposto l'attribuzione di una rendita intera dal 1. dicembre 2018 (alla scadenza dell'anno di attesa) e una mezza rendita dal 1 agosto 2019, considerato il miglioramento delle condizioni di salute dal 1. maggio 2019 con riacquisito di un'abilità lavorativa completa in attività leggere adeguate e un conseguente grado d'invalidità del 50% (doc. AI 43). In sede di osservazioni l'assicurato, rappresentato dalla RA 1, ha contestato queste conclusioni, facendo valere un peggioramento delle sue condizioni, producendo uno scritto del 27 gennaio 2020 del dr. \_\_\_\_\_, un referto radiologico di una risonanza magnetica alla colonna lombare nativa del 15 gennaio 2020 (doc. AI pag. 203) e un rapporto relativo ad una nuova consultazione presso la \_\_\_\_\_ del 9 marzo 2020 nel quale, poste le diagnosi di " Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: Segmentdegeneration L4/5 und Spinalkanalstenose L3/4, therapeutisch: St. n. Fenestration und Sequestrektomie L4/5 paramedian rechts am 26.01.2018 fecit Dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_", era consigliata l'effettuazione di una " Facettengelenksinfiltration L5/S1 sowie eine peridiskale Infiltration L5/S1 » (doc. AI pag. 222). Con scritto del 6 maggio 2020 la dr.ssa \_\_\_\_\_, neurochirurga, ha confermato le diagnosi poste dai sanitari della \_\_\_\_\_, consigliando un'infiltrazione peri-radicolare di S1 a sinistra presso il \_\_\_\_\_ (doc. AI pag. 223). In merito, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, il 9 giugno 2020, ha escluso la presenza di " una situazione di severità clinica", suggerendo di attendere l'esito delle procedure infiltrative (doc. AI pag. 232). Il

## **E. 2**

settembre 2020 l'assicurato ha fatto pervenire un rapporto del 20 maggio 2020 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ che ha riferito di aver effettuato con successo un'infiltrazione periradicolare (doc. AI pag. 240). Il 31 agosto 2020 il dr. \_\_\_\_\_ ha attestato l'insorgenza anche di una problematica psichica (doc. AI 240 e 242). Nel rapporto medico all'AI del 15 settembre 2020 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha attestato la presenza di lombalgia cronica rimandando la sua valutazione a dopo l'infiltrazione (doc. AI pag. 258). Con annotazione del 1. ottobre 2020 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha confermato il rapporto del 9 ottobre 2019 (doc. AI pag. 271). Di conseguenza mediante la decisione contestata dell'11 novembre 2020 l'UAI ha confermato il progetto come segue: " (...) Decidiamo pertanto: Dal 01.12.2018, ossia alla scadenza dell'anno d'attesa (art. 28 LAI), il Signor RI 1 ha diritto ad una rendita intera con un grado d'invalidità del 100%. A partire dal 01.08.2019, ossia tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute (art. 88a cpv. 1 LAI), sorge il diritto a mezza rendita con un grado del 50%. Considerato però che la domanda è stata presentata tardivamente, il versamento decorre unicamente dal 01.02.2019, ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta (13.08.2018 - art. 29 cpv. 1 LAI). Esito degli accertamenti: Abbiamo esaminato la documentazione medico-assicurativa all'incanto. Risultano i seguenti periodi e percentuali d'incapacità lavorativa: nella sua attività abituale di autista indipendente: 100% dal 05.12.2017 al 28.02.2018; 50% dal 01.03.2018 al 30.04.2018; 80% dal 01.05.2018 al

30.04.2019; 50% dal 01.05.2019 e continua. in attività adeguate: 100% dal 05.12.2017 al 28.02.2018; 50% dal 01.03.2018 al 30.04.2018; 80% dal 01.05.2018 al 30.04.2019; 0% dal 01.05.2019 e continua. Qui di seguito viene illustrato il metodo utilizzato per calcolare il grado d'invalidità Periodo dalla scadenza dell'anno d'attesa (01.12.2018) al 30.04.2019 Secondo l'inchiesta del nostro Servizio ispettorato del 26.11.2019, dopo il subentrare del danno alla salute, l'assicurato ha interrotto completamente la sua attività, I risultati del 2018 evidenziano come lei abbia subito una perdita economica totale. Il grado d'invalidità è pertanto del 100%. Periodo 01.05.2019 e continua Sulla base della valutazione medica quantifichiamo il reddito con limitazioni dovute al danno alla salute esigibile, basato sulle attività adeguate all'attuale stato di salute e calcolato secondo i redditi espressi dall'ufficio federale di statistica. Riconoscendo che il confronto dei redditi dovrebbe avvenire con i dati economici riferiti all'anno 2019, ma che al momento attuale non si dispone ancora dei relativi redditi statistici, il confronto dei redditi che esponiamo qui di seguito viene effettuato con i dati dell'anno 2018. Reddito da valido Per definire il reddito da valido facciamo riferimento alla media dei redditi soggetti a contributi AVS tra il 2013 ed il 2016 (anni antecedenti il subentrare del danno alla salute). Il reddito risulta pari a CHF 120'350.00. Reddito da invalido Nella sua attività abituale: Con una capacità lavorativa del 50%, rassicurato potrebbe guadagnare CHF 60'175.00, In attività adeguate : La giurisprudenza imposta dal Tribunale federale indica che sono esclusivamente applicabili i dati salariali nazionali della tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Inoltre tali redditi possono subire una riduzione massima del 25%. Ciò al fine di considerare quei fattori suscettibili di influenzare il guadagno che rassicurato potrebbe percepire. Ad esempio: le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Utilizzando i dati della citata tabella, il Signor RI 1 potrebbe conseguire uno stipendio annuo di CHF 67'393.83 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Partendo dal summenzionato reddito, applichiamo una riduzione del 10% per attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari; risulta un reddito di CHF 60'654.44. Per il calcolo del grado d'invalidità utilizziamo il reddito in cui rassicurato raggiunge il minor discapito economico; nel caso specifico in attività adeguate. Confronto dei redditi

Reddito da valido	CHF 120'350.00	Reddito da invalido	CHF 60'654.44
Perdita di guadagno	CHF 59'695.56	Grado d'invalidità	50% Il

Il caso è stato in seguito sottoposto al consulente in integrazione professionale che però non ritiene opportuno mettere in atto provvedimenti d'ordine professionale. Audizione Abbiamo ricevuto le vostre osservazioni del 30.01.2020, del 28.05.2020 e del 01.09.2020 con allegati: referto radiologico del 15.01.2020 convocazione alla \_\_\_\_\_ del 23.01.2020 rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 27.01.2020 rapporto della \_\_\_\_\_ del 09.03.2020 rapporto della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 06.05.2020 rapporto della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 20.05.2020 rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 31.08.2020 Successivamente abbiamo acquisito ulteriore documentazione da parte della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Tutta la corrispondenza medica ricevuta in fase di audizione è stata posta al vaglio del nostro Servizio medico regionale (SMR). Quest'ultimo conclude confermando la nostra precedente presa di posizione. Il nostro progetto di decisione del 31.12.2019 viene pertanto confermato.” (doc. AI pag. 272) Sono stati quindi prodotti uno scritto del 10 dicembre 2020 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. D) e unitamente al ricorso un rapporto di degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ dal 14 ottobre al 18 novembre 2020 (doc. C; cfr. al consid.

2.7.1 in esteso). In merito a tale documentazione ha preso posizione il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ il 15 gennaio 2021, concludendo nel senso che non vi era agli atti “ alcun elemento che dimostri un qualsivoglia peggioramento dal punto di vista somatico e si confermano integralmente tutte le prese di posizione SMR sul caso” (doc. IV/1, cfr. al consid. 2.7.1). La dr.ssa \_\_\_\_\_ il 26 gennaio 2021 ha riferito del controllo eseguito e, confermate le medesime diagnosi di cui al rapporto del 6 maggio 2020 (doc. AI pag. 223), ha ritenuto indicato procedere ad una nuova risonanza magnetica (doc. F). Il 9 febbraio 2021 ha quindi dichiarato che “dal punto di vista lavorativo non vedo ragionevole riprendere un'attività lavorativa come autista” e precisato nondimeno che considerava l'assicurato “abile per un lavoro adeguato di tipo leggero, ripetitivo e semplice ” (doc. G.) Infine, il 22 febbraio 2021 la dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha riferito dell'infiltrazione effettuata con successo (doc. H). In merito il SMR, mediante Annotazione del 12 marzo 2021, ha confermato le precedenti prese di posizione (doc. XII/1; cfr. in esteso al consid. 2.7.1). Quanto alla problematica psichiatrica, il ricorrente ha fatto pervenire due scritti del 1. luglio 2020 e 20 gennaio 2021 della psicologa \_\_\_\_\_, cofirmati dal dr. \_\_\_\_\_, psichiatra, del Servizio \_\_\_\_\_ (doc. E, I; cfr. in esteso al consid. 2.7.2). Su tali certificazioni si è espresso il 20 gennaio 2021 rispettivamente 16 marzo 2021 il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR (doc. IV/2, XII/2; cfr. al consid. 2.7.2). 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

## **E. 2.8**

2.8.1. Per quel che concerne l'aspetto economico, ammesso per il periodo precedente il 30 aprile 2019, in base all'inchiesta esperita il 26 novembre 2019 dal Servizio ispettorato (cfr. doc. AI pag. 178), un grado di invalidità del 100%, per determinare il grado di invalidità dal 1. maggio 2019, ossia dal momento in cui vi è stato il miglioramento delle condizioni con un'abilità lavorativa del 50% nell'attività abituale e completa in attività leggere adeguate, l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2). Il calcolo, esposto nella decisione impugnata alla quale si rinvia (cfr. al consid. 2.5 in esteso), merita integrale conferma. Lo stesso ha in effetti correttamente determinato il grado di invalidità r affrontando un reddito da valido di fr. 120'350 (pari alla media dei redditi soggetti a contributi AVS tra il 2013 e il 2016, ossia gli anni antecedenti il subentrare del danno alla salute) con quello da invalido di fr. 60'654 [ ottenuto deducendo da fr. 67'393 (pari al salario lordo medio nazionale statistico mediamente percepito dagli uomini per un'attività semplice e ripetitiva, riportato su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2017 nel settore privato, inclusa la tredicesima e aggiornato al 2018) il 10% per fattori di riduzione ] e ottenendo quindi un grado d'invalidità del 50% (  $120'350 - 60'654 \times 100 : 120'350$ ). Tale modo di procedere è rispettoso della giurisprudenza in materia, avendo segnatamente applicato correttamente i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica giusta la giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. in particolare la STF 9\_501/2013 del 28 novembre 2013: cfr. anche DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti; 142 V 178, in particolare

consid. 2.5.7; 128 V 174; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Anche per quanto riguarda la riduzione del 10% applicata dall'amministrazione al salario da invalido, segnatamente per il fattore "attività leggere" e svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (5% ognuno) [in base alla giurisprudenza federale per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale (del 25% al massimo) sul salario teorico statistico (cfr. fra le tante DTF 126 V 80 consid. 5b/cc)], tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 10%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento, ma anzi abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato e non può di conseguenza ammettere un'a decurtazione maggiore. Del resto, nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di un'ulteriore riduzione del 15%, e quindi raffrontare il reddito da valido di fr. 120'350 con uno da invalido di fr. 50'544 (67'393 - 25%), si otterrebbe un tasso d'invalidità del 58% che pure darebbe diritto ad una mezza rendita.

### **E. 2.8.2**

Il ricorrente censura il fatto che il Consulente SIP ha ritenuto adeguate le attività in cui l'assicurato può stare prevalentemente seduto e in cui non debba alzare pesi oltre i 10 kg. A suo avviso, visto lo stretto ventaglio delle attività esigibili considerato dal Consulente AI, non vi sarebbe "alcun mercato equilibrato di lavoro" non avendo peraltro l'assicurato "neppure le conoscenze di base per poter eseguire questi lavori, né a livello di conoscenze informatiche, né a livello di formazione scolastica". Ne deriverebbe che l'eventuale capacità residua non sarebbe "economicamente sfruttabile in un mercato equilibrato del lavoro", ritenuto che egli ha sempre ed unicamente "svolto il lavoro di autista e come il mercato del lavoro sia ora alquanto ristretto per lo stesso, se non addirittura inesistente, visto che nessun datore di lavoro lo assumerebbe mai a queste condizioni ed alla sua età". A suo avviso dunque le possibilità d'impiego "in detto settore d'attività appaiono quindi in concreto del tutto teoriche e irrealistiche, e sono incompatibili con la descrizione surriferita di mercato equilibrato" (cfr. doc. VIII). Ora, le censure del ricorrente non possono essere accolte. In ambito reintegrativo il caso concreto è stato vagliato dal consulente del Servizio integrazione professionale (SIP), che ha proceduto alla valutazione in merito all'esigibilità lavorativa, riferendosi alle puntuali conclusioni del medico SMR (in particolare annotazioni del 9 ottobre 2019) e quindi all'analisi della reintegrabilità in attività adeguate consone alle limitazioni funzionali indicate, ammettendo quindi la presenza sul mercato del lavoro equilibrato di attività adeguate esigibili senza (ri)formazione specifica (cfr. rapporto del SIP del 6 dicembre 2019, doc. AI pag. 185). In particolare, una riqualifica professionale del ricorrente non entra in considerazione (STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017 e 32.2012.39 del 24 ottobre 2012), considerato come a giudizio del consulente professionale, tenuto conto del grado di incapacità lavorativa e del suo iter scolastico-socio-professionale, mettere in atto provvedimenti di ordine professionale non è opportuno, disponendo l'assicurato in sostanza delle sufficienti competenze e risorse per ricollocarsi nel mercato del lavoro in attività confacenti al suo stato di salute e nel rispetto delle limitazioni, potendo svolgere attività semplici e ripetitive dal profilo fisico leggero senza dover intraprendere una

specifica riqualifica professionale (rapporto del 6 dicembre 2019, doc. AI pag. 185; cfr. anche STCA 32.2011.143 del 21 novembre 2011; cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2 e 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5).

All'interessato può in altre parole essere richiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. D'altra parte, con riferimento alla circostanza secondo cui il ricorrente avrebbe in sostanza difficoltà ad acquisire nuove informazioni, " vista la scolarizzazione di base acquisita " e considerato come egli non avrebbe " le conoscenze di base per poter eseguire questi lavori, né a livello di conoscenze informatiche né a livello di formazione scolastica " (doc. VIII), va rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 ). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee, segnatamente, come indicato dal consulente professionale, attività in cui l'assicurato può stare prevalentemente seduto e in cui non debba alzare pesi oltre i 10 kg., ad esempio " operaio generico con mansioni principalmente di controllo, aiuto venditore di materiale leggero o senza obbligo di spostamento pesi tipo venditore al banco oppure rappresentante, custode con mansioni unicamente di verifica " (doc. AI pag. 187) . Va peraltro anche ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto di quello della proporzionalità. Questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti, anche in virtù del principio della riduzione del danno e del già menzionato obbligo di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute, se del caso cambiando attività professionale (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati). Inoltre, ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie, contrariamente a quanto ritenuto dal ricorrente – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo

2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). Ne segue che bisogna ammettere che il ricorrente, senza l'adozione di specifici provvedimenti professionali (riqualifica/riformazione professionale), gode di un discreto ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale e va quindi considerato reintegrabile sul mercato normale del lavoro (cfr. anche le STCA 32.2015.83 del 4 maggio 2016, 32.2014.17 del 27 luglio 2015). A torto, quindi, l'insorgente si ritiene incollocabile. Rimane comunque aperta per l'assicurato la possibilità, peraltro segnalata espressamente dal consulente professionale (doc. AI pag. 185) e dall'amministrazione in sede di osservazioni del 22 marzo 2021 (doc. XII), di far capo ad un aiuto al collocamento sulla base dell'art. 18 LAI per trovare un'attività confacente al suo stato di salute, segnatamente qualora il danno alla salute sia d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012 e 32.2011.143). Il ricorrente censura infine che vista la lunga attività come autista e l'età (essendo nato il \_\_\_\_\_ 1962), molto difficilmente egli potrebbe immaginare di ritrovare una diversa attività lavorativa. Nel caso di specie, al momento determinante (cfr. DTF 138 V 457) della resa del provvedimento contestato dell'11 novembre 2020 - con il quale è stato accertato che l'esercizio di un'attività lavorativa leggera era ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico - l'assicurato aveva 58 anni. Ora, deve essere osservato che il TF nella STF I 293/05 del 17 luglio 2006, ha ritenuto ancora ragionevolmente esigibile pretendere che un'assicurata, 59enne al momento in cui ha recuperato una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, riprendesse un'attività lavorativa rispettosa dei suoi limiti funzionali, evidenziando che ella aveva ancora a disposizione quasi 5 anni di attività prima di poter beneficiare di una rendita di vecchiaia. In un'altra fattispecie il TF, nella STF I 304/06 del 22 gennaio 2007, nel caso di un assicurato di 60 anni totalmente inabile nella sua precedente attività di saldatore, ma abile a svolgere nel corso di un'intera giornata un'attività leggera adeguata con una flessione del rendimento del 30% (per problemi reumatologici e cardiologici), lo ha ritenuto realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato. Nella STF I 359/2006 del 22 giugno 2007, l'Alta Corte, confermando la decisione del 10 marzo 2006 del TCA (cfr. inc. 32.2005.100), ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità (del 100%) sul mercato equilibrato del lavoro da parte di un assicurato, 58enne al momento della decisione dell'amministrazione, dato che dal profilo dell'età non erano realizzate le condizioni per ammettere una totale incapacità di guadagno per mancanza di possibilità reale di sfruttarne la residua capacità (cfr. anche la STF 9C\_124/2010 del 21 settembre 2010 concernente un assicurato di 61 anni). Nella fattispecie, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo giudice ritiene, da una parte, che l'assicurato possa mettere a frutto la sua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro, considerato che (nel momento determinate: novembre 2020) egli aveva ancora davanti a sé diversi anni prima del pensionamento; dall'altra che, come detto, egli possa svolgere attività semplici e ripetitive che non necessitano di formazione né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Non vi sono dunque motivi per scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione nemmeno per quanto concerne la valutazione economica. 2.9. Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Giusta l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore sino al 31 dicembre 2020 ed applicabile in concreto (cfr. la Disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di

controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi 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 fr. 500.--, sono poste a carico del ricorrente.

#### **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/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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). 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 poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii

giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d’integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute dell’interessato sia stato accuratamente vagliato prima dell’emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio gli accertamenti medici eseguiti dall’amministrazione, e quindi attentamente vagliati dal medico SMR nei rapporti del 9 ottobre 2019, 9 giugno e 1. ottobre 2020 (doc. AI pag. 156, 232 e 271), nel rispetto dei parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Questo per i motivi che seguono.

2.7.1. Per quanto riguarda le affezioni somatiche di cui è portatore il ricorrente, le conclusioni dell’amministrazione si sono in particolare basate sulle valutazioni del dr. \_\_\_\_\_ del SMR nel rapporto del 9 ottobre 2019, con il quale, attentamente esaminata la documentazione acquisita agli atti (in particolare le certificazioni del neurochirurgo \_\_\_\_\_, del curante dr. \_\_\_\_\_, dei medici della \_\_\_\_\_ oltre che i referti radiologici) aveva posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ Esiti di fenestrazione e sequestrectomia L4-L5 paramediana destra il 26.1.2018 su/con stenosi del canale spinale a livello L2-L3 e L3-L4 ”, e concluso per un’inabilità lavorativa in ogni attività del 100% dal 5 dicembre 2017, del 50% dal 1. marzo 2018, dell’80% dal 1. maggio 2018 e, quindi, accertato un miglioramento a far tempo dal 1. maggio 2019 con un’inabilità del 50% come autista indipendente, ma nulla in un’attività leggera adeguata rispettosa dei limiti posti quali segnatamente il sollevamento di carichi massimi di 10kg, e la necessità di alternare la postura al bisogno, essendo quindi indicata un’attività “ di tipo leggero, ripetitivo, semplice che permetta i cambi di posizione e rispetti il limite di carico” (doc. AI pag. 156). Questa conclusione, confermata in sostanza anche da quelle tratte dall’assicuratore malattia \_\_\_\_\_ (sulla scorta anche delle certificazioni del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_; cfr. doc. AI pag. 116, 372-374), tratta riprendendo le valutazioni degli specialisti che si erano occupati dell’assicurato, in particolare il dr.

\_\_\_\_\_, il dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ (il quale nella certificazione del 19 luglio 2019 ha dato atto di un miglioramento a far tempo dal maggio 2019 con una ripresa dell'abilità lavorativa del 50% come autista di camion; doc. AI pag. 142; cfr. in esteso al consid. 2.5), appare condivisibile ed è stata confermata anche dalla documentazione pervenuta in seguito agli atti. In effetti, in fase di osservazioni al progetto di decisione l'assicurato ha fatto valere un peggioramento delle condizioni, ma l'esame della documentazione presentata ha permesso di stabilire una situazione sostanzialmente invariata, con la presenza di una lombalgia cronica, segnatamente di un dolore irradiante alla gamba sinistra corrispondente al dermatomero di S1 a sinistra con conseguente claudicatio radicularis. Confermate le diagnosi di "L omboradicolopatia irradiante alla gamba sinistra, DD: radicolopatia S1 sinistra, faccettopatia L4-L5 sinistra. Stato dopo intervento L4-L5 da destra (26.01.2018, dr med. \_\_\_\_\_). Stenosi lombari relative L2-L3 e L3-L4. Stenosi recessuale L4-L5 bilaterale su ipertrofia osteolegamentare e protrusione discale con faccettopatia e conflitto delle radici L5 bilaterali. Cisti sinoviale L5-S1 sinistra con contatto della radice S1 sinistra", la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto 6 maggio 2020 (doc. AI pag. 223), visto anche il rapporto della \_\_\_\_\_ del 9 marzo 2020, ha optato per l'esecuzione di infiltrazioni eseguite quindi presso il \_\_\_\_\_ il 20 maggio 2020 (doc. AI pag. 239). A ragione quindi il medico SMR, tutto ben valutato, esaminato anche il referto radiologico del 15 gennaio 2020 relativo ad un'ulteriore risonanza magnetica alla colonna lombare nativa e con MDC (che concludeva per la presenza di "canale spinale a tutti i livelli di dimensioni inferiori alla norma su base congenita cui si associa lipomatosi epidurale. Rispetto all'esame precedente a livello L1-L2 progrediente ernia discale mediana e paramediana"; doc. AI pag. 203), nelle annotazioni del 9 giugno 2020, ha ritenuto che i nuovi reperti di MRI lombare e le consultazioni specialistiche (incluso il rapporto del 20 maggio 2020 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_; doc. AI pag. 239; cfr. al consid. 2.5) non evidenziavano una "situazione di severità clinica", considerato peraltro come la dr.ssa \_\_\_\_\_ aveva descritto unicamente uno "squilibrio sagittale con una postura lievemente inclinata in avanti, nel contesto di sovrappeso. Non è presente un dolore alla digitopressione delle articolazioni delle faccette, se non lievemente a livello L4-L5 a sinistra. Non si evidenziano deficit neurologici focali" (doc. AI pag. 232). A seguito dell'esecuzione delle infiltrazioni il 20 maggio 2020, e constatato il fatto che la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto del 15 settembre 2020, si era limitata a diagnosticare la presenza di una "Lombalgia cronica" (doc. AI 258), non certificando alcuna inabilità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 1. ottobre 2020, ha con pertinenza concluso che la documentazione medica pervenuta agli atti non documentava situazioni cliniche in grado di modificare quanto già espresso nel rapporto del 9 ottobre 2019 (doc. AI pag. 271). Da dette conclusioni, ben motivate e tratte sulla base di un'attenta valutazione degli atti, questo Tribunale non vede motivo di scostarsi. Del resto le stesse non sono state smentite nemmeno dalla documentazione prodotta in sede ricorsuale. Innanzitutto, con uno scritto del 10 dicembre 2020 il dr. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che a dipendenza della "grave sindrome lombare" l'assicurato non era in grado di esercitare la sua professione di meccanico di mezzi pesanti o di autista, rimandando alla valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. D). Nel rapporto di degenza dal 14 ottobre al 18 novembre 2020, i sanitari della Clinica \_\_\_\_\_ hanno posto le diagnosi di: "Disturbo della deambulazione su pregressa lomboradicolopatia S1 sinistra, attualmente risolta; - faccettopatia L4-L5 sinistra - intervento L4-L5 da destra (26.01.2018, dr.med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) - stenosi lombari relative L2-L3 e L3-L4 - L4-L5

bilaterale su ipertrofia osteolegamentare e protrusione discale con faccettopatia e conflitto delle radici L5 bilateralmente - cisti sinoviale; L5-S1 sinistra con contatto della radice S1 sinistra - infiltrazione periradicolare di S1 a sinistra eseguito il 20.05.2020 Descrivendo l'esame obiettivo all'ingresso, i sanitari hanno rilevato che l'infiltrazione aveva "portato beneficio clinico immediato sulla componente radicolopatica, ma il dolore lombare è rimasto fino ad oggi invariato". Hanno precisato che "attualmente permane una sensazione disestesica all'arto inferiore sinistro con effetto di "morsa" alle cosce e cedimenti durante movimentazioni complesse di tronco e arti inferiori (sollevamento di oggetti dal basso, posizioni svantaggiose in accovacciamento); il dolore lombare è descritto come costrittivo-gravativo, con VAS 4/10 e per il quale non assume farmaci, nemmeno al bisogno, indicando come fattore alleviante il riposo". Hanno quindi attestato sia all'entrata che all'uscita dalla clinica un'inabilità al lavoro completa, ma concluso per un'autonomia completa nella attività della vita quotidiana, negli spostamenti e nella gestione domestica, e affermato quanto segue: "(...) Esame obiettivo e clinico funzionale alla dimissione Al termine del percorso riabilitativo, a fronte di un'obiettività sostanzialmente invariata eccezion fatta per il calo ponderale di circa 15 Kg, il sig RI 1 presenta una completa regressione della radicolopatia S1 sinistra; possono presentarsi a tratti sensazioni di "cedimento" all'arto inferiore sinistro durante movimentazioni complesse del tronco rispetto alle quali il paziente, è stato opportunamente istruito. Nello specifico permane lieve dolore alla palpazione delle spinose dal tratto di L1 fino ad L5; ripristinata la capacità di appoggio monopodalico a sinistra ed al testing segmentario migliorata la stenia a carico dei muscoli ileopsoas e quadricipite sinistro ed cintura pelvica (MRC 4+), ROT arti inferiori ipo/aneticitabili i rotulei bilateralmente, achillei ipovalidi; RCP in flessione bilateralmente." (...)

(doc. C) La documentazione è stata sottoposta al dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale il 15 gennaio 2021 ha affermato: "(...) L'assicurato veniva quindi dimesso con completa regressione della radicolopatia S1 sinistra. Ora, per quanto possano presentarsi a tratti sensazioni (in quanto tali soggettive e non oggettive) di cedimento all'arto inferiore sinistro durante movimentazioni complesse del tronco, e non in altre occasioni, queste non hanno alcuna riverberazione sull'attività adeguata definita in ambito SMR poiché l'attività adeguata non comporta mai movimentazioni complesse né alcuna movimentazione inergonomica o antifisiologica del tronco e degli arti inferiori (si veda RAF SMR del 09.10.2019). Ancor meno possono esservi ripercussioni sulla funzionalità generale e la capacità lavorativa dell'assicurato considerando la ripristinata capacità di appoggio monopodalico a sinistra con miglioramento della stenia (forza muscolare) a carico dei muscoli ileopsoas e quadricipite sinistro e cintura pelvica. Infine, l'assicurato veniva dichiarato autonomo sia nelle B-ADL (attività di base della vita quotidiana) che nelle I-ADL (attività strumentali della vita quotidiana), nonché abile alla guida. Quest'ultima attestazione rende inaccettabile qualunque inabilità al lavoro dichiarata. Il rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 10.12.2020 non fornisce alcuna informazione semeiologica sia clinica (esame obiettivo condotto personalmente ed esame obiettivo specialistico) che strumentale (TC, MRI) in grado di documentare nuove entità nosologiche non note in precedenza o il peggioramento, con dimostrazione di nuove limitazioni funzionali, della situazione nota. Inoltre, non vi è nemmeno cenno ad una presa a carico presso un \_\_\_\_\_ con relativi resoconti sui risultati delle procedure messe in atto e sul procedere attuale stabilito dagli specialisti. Non vi è nemmeno cenno ad una terapia farmacologica con intento antalgico che renda conto della "grave sindrome lombare" sostenuta dal medico curante. Alla luce delle suesposte considerazioni, si ritiene non vi sia agli atti alcun

elemento che dimostri un qualsivoglia peggioramento dal punto di vista somatico e si confermano integralmente tutte le prese di posizione SMR sul caso. (...) (doc. IV/1) A dette conclusioni, espresse dopo esame approfondito dal medico del SMR che già aveva esaminato il caso, questo Tribunale deve aderire. La conclusione di inabilità totale espressa dai sanitari della Clinica di \_\_\_\_\_ non appare in effetti motivata e risulta in aperto contrasto con le costatazioni obiettive descritte dal medesimo rapporto d'uscita, ovvero con la completa regressione della radicolopatia S1 sinistra, la presenza di sporadiche (" a tratti ") sensazioni di "cedimento" all'arto inferiore sinistro soltanto in occasione di movimenti inconsueti (ovvero " movimentazioni complesse del tronco "), la presenza di un solo lieve dolore alla palpazione delle spinose, il ripristino della capacità di appoggio monopodalico a sinistra, così come l'attestazione di completa autonomia sia nelle attività di base che in quelle strumentali della vita quotidiana. Alla luce di queste considerazioni, a ragione il medico SMR ha in sostanza concluso confermando la correttezza delle conclusioni tratte nel rapporto finale del 9 ottobre 2019 e, di conseguenza, nella decisione contestata. Non permette di concludere diversamente nemmeno quanto ulteriormente prodotto dal ricorrente. In particolare, nelle attestazioni del 26 gennaio e 9 febbraio 2021 (cfr. al consid. 2.5), la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha confermato, anche dopo l'esecuzione di una nuova risonanza magnetica, il già noto quadro diagnostico e pur sottolineando che il paziente continuava a soffrire di un importante dolore lombare, a volte irradiante alla gamba sinistra, ciò che non gli impediva di fare lunghe camminate, ma non gli permetteva di svolgere le attività quotidiane, ha osservato come l'infiltrazione peridurale L3-L4, dell'agosto 2020, aveva portato un beneficio per diversi . Sulla capacità lavorativa ha affermato di non ritenere "ragionevole riprendere un'attività lavorativa come autista. Ricordo che il paziente ha già una rendita Al del 50% dal 01.08.2019 e lo considero abile per un lavoro adeguato di tipo leggero, ripetitivo e semplice " (la sottolineatura è della redattrice; doc. G). Il 22 febbraio 2021 la dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha confermato la diagnosi di lombalgia con progressiva irritazione radicolare S1 sinistra, con dolori lombari e solo raramente diramazione alla gamba, e ha riferito che alla valutazione clinica erano presenti " marcia fluida, senza segni di zoppia. Mantenuite le manovre in talismo e in equinismo sia alla stazione eretta che in deambulazione. Assenza di deficit evidenti di forza e/o sensibilità tattile " (doc. H). Ora, in proposito il SMR, mediante Annotazione del 12 marzo 2021, si è espresso, tra l'altro, come segue: . " (...) Riprendendo la mia presa di posizione del 09.06.2020, malgrado i nuovi reperti di MRI lombare e le consultazioni specialistiche, dall'esame obiettivo dell'assicurato non emerge una situazione di severità clinica, tanto più per il fatto che la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ descrive soltanto uno "squilibrio sagittale con una postura lievemente inclinata in avanti, nel contesto di sovrappeso. Non è presente un dolore alla digitopressione delle articolazioni delle faccette, se non lievemente a livello L4-L5 a sinistra. Non si evidenziano deficit neurologici focali". Nel rapporto medico della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 26.01.2021, l'assicurato viene attestato per le seguenti patologie: - Lomboradicolopatia irradiante alla gamba sinistra, DD: radicolopatia S1 sinistra, faccettopatia L4-L5 sinistra, - Stato dopo intervento L4-L5 da destra (26.01.2018, Dr med. \_\_\_\_\_), - stenosi lombari relative L2-L3 e L3-L4, - Stenosi recessuale L4-L5 bilaterale su ipertrofia osteolegamentare e protrusione discale con faccettopatia e conflitto delle radici L5 bilaterali, - Cisti sinoviale L5-S1 sinistra con contatto della radice 81 sinistra Ora, la situazione descritta nelle succitate entità era già nota in precedenza e per questo si rimanda alla presa di posizione SMR del 15.01.2021. A quell'epoca, l'assicurato riferiva sensazioni di cedimento all'arto inferiore sinistro durante movimentazioni complesse. Per

contro, la capacità di appoggio monopodalico a sinistra era ripristinata con miglioramento della stenia a carico di muscoli ileopsoas, quadricipite e cintura pelvica. L'assicurato era autonomo sia nelle B-ADL che I-ADL nonché abile alla guida. Nella situazione attuale, l'assicurato, che nel frattempo è dimagrito di 30 Kg ed effettua ogni sera delle camminate, riferisce un'importante dolore lombare, a volte irradiato alla gamba sinistra. Quest'unico sintomo, secondo quanto egli stesso afferma, e non secondo quanto valutato semeiologicamente e strumentalmente dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, non gli permetterebbe di svolgere le sue attività quotidiane. Tutto questo, non si può fare a meno di osservarlo, in assenza di nuove entità nosologiche oggettivate e codificate secondo ICD-10, non note in precedenza. In effetti, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ mette in discussione la capacità lavorativa dell'assicurato come autista ma non in tutte le attività. Men che meno, la collega fa alcun riferimento (e non pone alcuna limitazione aggiuntiva) all'attività adeguata definita in ambito SMR. Nel suo rapporto del 09.02.2021, la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, alla luce di un nuovo esame di MRI, conferma tutte le condizioni già note senza poter documentare nuove alterazioni morfologiche. Anche in questo caso, la valutazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ si basa su quanto già noto e su quello che le riferisce l'assicurato senza procedere ad un esame fisico obiettivo lege artis con dimostrazione di nuovi limiti di carico e funzionali che siano incompatibili con l'attività adeguata proposta in ambito SMR. Tuttavia, la collega considera rassicurato abile per un lavoro adeguato di tipo leggero, ripetitivo e semplice, e ciò conferma pienamente la bontà della valutazione SMR, e cioè un'attività di tipo leggero, ripetitivo, semplice che permetta cambi di posizione e rispetti il limite di carico definito. Nel rapporto medico della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 22.02.2021, vengono attestate le seguenti diagnosi: Lombalgia con pregressa irritazione radicolare S1 sinistra - Stato dopo intervento L4-L5 da destra (26.01.2018 dr. \_\_\_\_\_) - Stenosi lombari relative L2-L3 e L3-L4 - Stenosi recessuale L4-L5 bilaterale su ipertrofia osteolegamentare e protusione discale con faccettopatia e conflitto delle radici L5 bilaterali - Cisti sinoviale L5-S1 sinistra con contatto della radice S1 Sinistra. (...) Si osserva subito che l'irritazione lomboradicolare viene ora descritta come pregressa, quindi non più attuale. Inoltre, nell'esame fisico obiettivo, la collega descrive "marcia fluida, senza segni di zoppia. Mantenuite le manovre in talismo e in equinismo sia alla stazione eretta che in deambulazione. Assenza di deficit evidenti di forza e sensibilità tattile". Alla luce delle suesposte considerazioni e in particolare: - In assenza di nuove entità nosologiche oggettivate e codificate secondo ICD-10, non note in precedenza; - In assenza di nuovi limiti di carico e funzionali dimostrati dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_; - In presenza di una valutazione per attività adeguata, effettuata dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, sovrapponibile a quella proposta nel RAF SMR del 09.10.2019. Si confermano integralmente tutte le prese di posizione SMR sul caso." (doc. XII/1) A queste considerazioni, frutto di un esame approfondito e ben ponderato del caso, e che appaiono ben motivate e convincenti, va rinviato senza riserve. Il medico SMR ha in effetti ben illustrato come le conclusioni in merito alla capacità lavorativa tratte nel rapporto finale del 9 ottobre 2019 - dove per le diagnosi di " Esiti di fenestrazione e sequestrectomia L4-L5 paramediana destra il 26.01.2018 (fecit Dr. med. \_\_\_\_\_) su/con Stenosi del canale spinale a livello L2-L3 ed L3-L4)" l'assicurato era stato considerato inabile al 100% dal 5 dicembre 2017, al 50% dal 1 marzo 2018, all'80% dal 1. maggio 2018 e dal 1. maggio 2019 al 50% nell'attività di autista e allo 0% in un'attività leggera, ripetitiva, semplice, che permetta i cambi di posizione e rispetti il limite di carico di 10 kg - erano state correttamente confermate anche dopo aver preso visione della documentazione prodotta in fase di osservazioni al progetto di decisione, e meglio come

esposto nel rapporto del SMR del 9 giugno 2020 che concludeva, tra l'altro, nel senso che malgrado i nuovi reperti di MRI lombare e le consultazioni specialistiche l'esame obiettivo dell'assicurato non lasciava trasparire "una situazione di severità clinica" (doc. AI pag. 232). A ragione il SMR ha concluso che l'ulteriore documentazione medica prodotta non permetteva di trarre conclusioni diverse, ove peraltro si rilevi che la dr.ssa \_\_\_\_\_ si è limitata a porre le note diagnosi e a consigliare l'effettuazione delle infiltrazioni che in effetti hanno portato ad un miglioramento delle condizioni. Sia peraltro ancora ricordato che ancora in occasione della degenza alla clinica \_\_\_\_\_ l'assicurato riferiva di sensazioni di cedimento all'arto inferiore sinistro, comunque soltanto in occasione di "movimentazioni complesse di tronco e arti inferiori e sollevamento di oggetti dal basso, posizioni svantaggiose in accovacciamento" ; doc. C), e tuttavia alla dimissione egli presentava "una completa regressione della radicolopatia S1 a sinistra", e una capacità di appoggio monopodalico a sinistra ripristinata con miglioramento della stenia a carico di muscoli ileopsoas, quadricipite e cintura pelvica. L'assicurato era quindi stato definito completamente autonomo in ogni attività della vita quotidiana e alla guida (doc. C). Alla luce della documentazione prodotta in seguito tale miglioramento pare in ulteriore progressione, anche a seguito del sostanziale dimagrimento avuto dall'assicurato. In effetti, a ragione il medico SMR ha osservato come non solo l'assicurato riferiva solo raramente di dolori alla gamba, con marcia fluida e senza segni di zoppia, manovre in talismo e equinismo mantenute, e assenza di deficit di forza e sensibilità tattile (scritto 22 febbraio 2021 dr.ssa \_\_\_\_\_, doc. H), ma dichiarava ora di effettuare ogni sera delle camminate (dr.ssa \_\_\_\_\_ 26 gennaio 2021, doc. F). A ragione il medico SMR ha quindi rilevato che l'unico sintomo lamentato dal ricorrente, quale i dolori lombari solo "a volte" irradianti alla gamba sinistra, non permetteva ragionevolmente di ammettere delle inabilità superiori, in un assicurato che pure procedeva con regolarità a lunghe camminate e appariva autonomo in tutte le attività quotidiane. Confermata pertanto l'assenza di nuove diagnosi rilevanti, le certificazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_, che peraltro non sembra aver effettuato una valutazione clinica con attestazione di nuovi limiti di carico e funzionali diversi da quelli posti dal medico SMR nel rapporto del 9 ottobre 2019, ma conferma espressamente l'abilità lavorativa completa in "un lavoro adeguato di tipo leggero, ripetitivo e semplice" (rapporto 9 febbraio 2021, doc. G), permettono di confermare le conclusioni dell'UAI, ove peraltro si osservi che a ragione il dr. \_\_\_\_\_ rileva come l'irritazione lomboradicolare venga descritta dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ il 22 febbraio 2021 come "pregressa", e quindi non più presente, e che la stessa specialista descriveva ora "marcia fluida, senza segni di zoppia" o "di deficit evidenti di forza e sensibilità tattile" (doc. H).

2.7.2. Per quanto riguarda l'aspetto extra somatico, nella certificazione 31 agosto 2020 il dr. \_\_\_\_\_ ha fatto riferimento ad una "problematica psicologica con stato depressivo" (doc. AI 242) e nella certificazione del 1. luglio 2020 la dr.ssa \_\_\_\_\_, psicologa del Servizio psico-sociale (SPS), e il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra, hanno attestato quanto segue: "Gentile avvocato RA 1, come da lei richiesto la presente per informarla che il signor RI 1 ci è stato segnalato dal suo medico curante in data 6 novembre 2019 per una presa a carico psicologica nell'ambito di difficoltà sul posto di lavoro. E seguito dal nostro servizio dal 8 novembre 2019 con dei colloqui di sostegno irregolari anche a causa dell'emergenza coronavirus. In totale sono stati svolti 9 incontri ai quali il paziente si è presentato puntualmente, assumendo un atteggiamento collaborante. Il signor RI 1 appare essere un lavoratore impegnato serio e volenteroso, i disturbi alla schiena gli impediscono però di svolgere il proprio lavoro. A livello diagnostico il signor RI 1 ha sviluppato una sindrome

da disadattamento reattiva alle problematiche di salute alla schiena. Egli rimane in attesa delle proposte che i curanti gli faranno circa le possibili soluzioni per la problematica fisica. Questa situazione, che si protrae da mesi, logora il paziente, manifestando segni di sconforto e a tratti una labilità emotiva. E assente un'ideazione suicidale. Concludendo il signor RI 1 è sottoposto ad una situazione alquanto stressante dovuta alle cause di cui sopra.” (doc. E) In proposito il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR, il 20 gennaio 2021 ha affermato: Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Nel rapporto medico allegato al ricorso al TAC del 01.07.2020 (GED 17.12.2020) del dr. med. \_\_\_\_\_, medico psichiatra, è descritto come l'assicurato abbia attiva una presa a carico psicologica dal novembre 2019, a causa di una sindrome da disadattamento reattiva alle problematiche fisiche. Le sindromi da disadattamento sono per definizione patologie lievi, con ripercussioni sulla CL assenti o minime. Nella fattispecie l'assicurato presenta segni di sconforto e a tratti labilità emotiva come sintomi, reattivamente al periodo stressante che sta affrontando. Tale sintomatologia non limita in alcun modo la CL dell'assicurato in ogni attività lucrativa. Peraltro nel citato rapporto medico il dr. med. \_\_\_\_\_ specifica che sarebbero, a parere del medico psichiatra, i sintomi somatici a impedire all'assicurato di svolgere il proprio lavoro. A conferma indiretta della relativa benignità della patologia psichiatrica c'è il fatto che l'assicurato non beneficia di una presa a carico medica psichiatrica regolare o di una farmacoterapia e che anche la presa a carico psicologica, come descritto nel rapporto medico, è stata irregolare, a causa della pandemia, senza per questo che si rilevasse un peggioramento dello stato di salute psichica dell'assicurato. Infine non sono definite limitazioni funzionali, poiché comprensibilmente non ve ne sono da mettere in relazione con la patologia psichiatrica. Si conferma la precedente presa di posizione dell'Ufficio. (doc. IV/2) Il 20 gennaio 2021 i sanitari del SPS hanno precisato: (...) Dal precedente rapporto del primo luglio 2020 che le avevo inviato, lo stato psicopatologico del paziente non è migliorato. Ribadisco quanto già attestato nel precedente scritto che il paziente mostra essere sempre stato un lavoratore impegnato serio e volenteroso; I disturbi alla schiena gli impediscono però di svolgere il proprio lavoro. Negli scorsi mesi egli si è impegnato a fare una cura dimagrante che lo ha portato ad un importante calo ponderale. Questo però non ha portato ad avere benefici rilevanti sui dolori. Come già evidenziato precedentemente a livello diagnostico il signor RI 1 ha sviluppato una sindrome da disadattamento reattiva alle problematiche di salute alla schiena. La risposta negativa alla richiesta inoltrata all'ufficio rendita invalidità ha potuto solo confermare la situazione stressante e di incertezza che egli sta vivendo da mesi e che si manifesta con sconforto, labilità emotiva e a tratti irrequietezza. Egli verbalizza regolarmente la propria motivazione a sottoporsi anche ad una valutazione diretta da parte dei medici specialisti dell'istituto Invalidità, che potranno così esprimere il loro parere rispetto al suo stato di salute. Dal nostro punto di vista sarebbe rassicurante per il signor RI 1 poter beneficiare di questo scambio.” (doc. F, I) Ora, tutto ben considerato questo Tribunale deve convenire con lo specialista in psichiatria del SMR dr. \_\_\_\_\_ (cfr. anche l'annotazione del 16 marzo 2021; doc. XII/2) che la documentazione prodotta non comprova la presenza di patologie psichiatriche con valenza invalidante. A prescindere dal fatto che negli scritti prodotti la psicologa \_\_\_\_\_ non ha posto alcuna diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (cfr. DTF 127 V 294 consid. 2.3), limitandosi a menzionare “una sindrome da disadattamento reattiva alle problematiche di salute alla schiena”, essa nemmeno ha attestato un'inabilità lavorativa, riferendo soltanto di una situazione stressante e logorante, con segni di sconforto e a tratti labilità emotiva, sintomi questi che, come affermato dal dr.

\_\_\_\_\_ , psichiatra del SMR, non sono fattori limitanti per la capacità lavorativa. Del resto a conferma indiretta della relativa benignità della patologia psichiatrica vi è il fatto che l'assicurato non beneficia di una presa a carico psichiatrica regolare o di una farmacoterapia e che malgrado l'irregolarità delle visite psicologiche, a motivo della pandemia, il suo stato di salute psichico non ha fatto registrare un peggioramento, come espressamente ammesso dalla psicologia nella certificazione del 20 gennaio 2021 (cfr. doc. IV/2). 2.7.3. Se ne deve quindi concludere che la documentazione medica prodotta dall'assicurato prima e dopo la resa della decisione contestata non permette di scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione, tratte sulla base delle conclusioni del SMR, ben motivate e che prendono attenta posizione sulle considerazioni esposte dai medici che hanno in cura l'assicurato. In questa sede il ricorrente si limita in sostanza a ribadire la contestazione della valutazione medica operata, esprimendo tuttavia un dissenso puramente soggettivo, senza apportare elementi atti a corroborare le sue allegazioni o a quantomeno mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI o che permettano di considerare quantomeno ipotizzabile una modifica della situazione rispetto alla valutazione del SMR intervenuta entro la decisione contestata del 11 novembre 2020 (la quale, come detto, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.7; sia pure evidenziato che il TF, nella STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che "(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)” (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2) ) la documentazione prodotta dal ricorrente non consente di dipartirsi dalle conclusioni dei medici del SMR che si sono espressi in modo coerente e privo di contraddizioni. All'assicurato va del resto ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti), ciò che comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare - ove ciò fosse ragionevolmente esigibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Così stanti le cose, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino alla resa del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti ( valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; anche DTF 135 V 465 ). La domanda di effettuare nuovi accertamenti multidisciplinari non può quindi venir accolta. Pertanto, visto quanto sopra, ritenute le affidabili valutazioni dei medici SMR - le quali rispecchiano tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza e alle quali va quindi attribuita piena forza

probante - (cfr. in particolare il rapporto finale del 9 ottobre 2019; sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. STF I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.5) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto prima della decisione contestata del 11 novembre 2020 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (cfr. fra le tante DTF 139 V 218 consid. 5.3 ) che l'assicurato vada considerato nella sua attività lavorativa di autista inabile in misura totale dal 5 dicembre 2017, del 50% dal 1. marzo 2018, dell'80% dal 1. maggio 2018 e del 50% dal 1. maggio 2019, mentre che in un'attività leggera adeguata egli, confermate le medesime inabilità sino al 30 aprile 2019, successivamente sia da considerare abile nella misura completa. Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa e all'intervenuto miglioramento dal mese di maggio 2019 di cui alla decisione contestata vanno quindi confermate.

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