

TI_GERICHTE 32.2021.59 vom 19. März 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-03-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.59

FR: TI_GERICHTE 32.2021.59 du 19 mars 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.59 del 19 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). 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. 88 a 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 (art. 88 a 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. Va ancora rilevato che con sentenza 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015, IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta

e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). In una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). 2.5. 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. 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). 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, 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). Infine, 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/RSAS 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 del 27 settembre 2001; DTF 130 V 352).

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se nel caso di specie lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia del 16 novembre 2020 del dr. _____, specialista in reumatologia (doc. AI pag. 282 e seguenti) che ha concluso per un'incapacità completa nel suo ultimo impiego di gessatore e in ogni attività dal 28 settembre 2018, ma una ripresa della capacità del 70% dal 1. giugno 2020 in attività adeguate, vale a dire rispettose di determinate limitazioni funzionali descritte nella limitazione " nel piegarsi, fare movimenti di estensione o flessione laterale della colonna vertebrale soprattutto se improvvisi e repentini. Deve controllare con attenzione i movimenti. Non può alzare più di

5-7,5 kg saltuariamente. Può mantenere la posizione seduta anche per alcune ore. Questo cambiando appoggio. La posizione in piedi può essere mantenuta per 30-45 min. muovendosi. La posizione ferma in piedi non può essere mantenuta. La deambulazione è possibile per circa 30 min., non su terreni sconnessi ” (doc. AI pag. 293). Nel dettagliato referto il perito, dopo aver riassunto gli atti, l’anamnesi famigliare, personale – sociale, professionale e patologica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, l’anamnesi sistemica e le constatazioni obiettive, dopo aver valutato gli esami radiologici, ha posto quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa quella di “ Sindrome lombo-vertebrale cronica in stato dopo tre interventi chirurgici alla colonna lombare in particolar modo una decompressione L5-S1 a sinistra con foraminotomia il 29.03.2019, una redecompressione L5-S1 a sinistra con laminotomia, foraminotomia e sequestrectomia il 23.05.2019, una spondilodesi TLIF L4-S1 il 26.11.2019” , oltre a quelle senza influsso sulla capacità lavorativa di “ Stato dopo due interventi chirurgici alla spalla destra con artroscopia, decompressione sottoacromiale e ricostruzione del tendine del sovraspinato in data 24.08.2016 e artroscopia della spalla destra e sutura della cuffia dei rotatori il 19.06.2017, Periartropatia omero-scapolare tendinopatica con leggera sintomatologia d'impingement alla spalla sinistra ”, e ha riassunto come segue lo status reumatologico: " (...) Assicurato in buone condizioni generali, leggermente adiposo, 98 kg di peso, 176 cm d'altezza, PA 160/110 mmHg. L'assicurato deambula con la parte superiore del corpo leggermente piegata in avanti. Vi è una leggera scoliosi destro-convessa al passaggio toracale. Vi è un appiattimento della cifosi e della lordosi fisiologica. La mobilità della colonna cervicale è ridotta di 1/3 nella rotazione in massimale flessione ed estensione senza particolari dolori. La mobilità della colonna toracale è normale ma caratterizzata dall'insorgenza di dolori a livello lombare ai movimenti toracali. Per quanto riguarda la colonna lombare vi è una limitazione della mobilità di 2/3 nella flessione e di 1/3 nella estensione e nella flessione laterale. Ha dei dolori soprattutto alla flessione più che alla estensione e alla flessione laterale risentiti prevalentemente sul lato sinistro. Dolori alla mobilizzazione postero-anteriore degli ultimi segmenti lombari e dolente la palpazione della muscolatura paravertebrale nella zona lombare. Mobilità della spalla destra nella norma. Mobilità della spalla sinistra ridotta di 1/3 nell'elevazione e nella rotazione interna. Leggera difficoltà a sinistra nella presa a nuca. La presa a grembiule è possibile. La distanza pollice-vertebra prominente è di 30 cm a destra e di 39 cm a sinistra. Vi sono dei test di Jobe dell'infraspinato e subscapolare nonché d'impingement leggermente positivi a sinistra. Dolori alla palpazione al tendine del bicipite sul lato sinistro. Nulla a carico delle articolazioni dei gomiti, delle radiocarpiche delle dita delle mani. Nulla a carico delle articolazioni delle estremità inferiori. Il reperto neurologico attualmente è normale.”

Illustrate le risultanze radiologiche, sulla base degli atti all’inserto e della visita clinica, ha posto le seguenti considerazioni: " (...) Si tratta di un assicurato che ha svolto praticamente durante tutta la sua vita l'attività di gessatore. Antecedentemente è stato anche manovale. Ha svolto questa attività in parte quale dipendente e in parte come indipendente. Ha interrotto l'attività professionale una prima volta per una problematica alla spalla destra beneficiando anche di prestazioni dell'Assicurazione Invalidità del Canton Ticino con una rendita transitoria con decisione del 1. febbraio 2018. È stato inabile allora dapprima nella forma del 100% a partire dal 21.04.2016, al 50% dal 13.11.2017 e ha ripreso l'attività nella forma completa dal 30.01.2018. Non ha più avuto problemi per quanto riguarda la spalla destra. Ha presentato nel giugno del 2020, dopo una caduta sul lato sinistro, dei disturbi alla spalla sinistra che sono attualmente ancora in valutazione, accertamento e terapia da parte

del Dr. med. _____. Di questo infortunio non abbiamo documentazione nel dossier messo a disposizione. Egli segnala un progrediente miglioramento dei disturbi e anche della mobilità dopo le fisioterapie che sta attualmente seguendo. Il Dr. med. _____ avrebbe escluso, per il momento, un intervento chirurgico artroscopico alla spalla sinistra. La problematica principale e particolarmente invalidante per assicurato è localizzata alla colonna lombare. Egli è inabile al lavoro nella forma del 100% a partire dal 28.09.2018. È stato sottoposto a tre interventi chirurgici da parte del Dr. med. _____, specialista della chirurgia della colonna vertebrale a seguito di una sindrome irritativa radicolare L5-S1 sinistra. Il primo intervento è avvenuto il 29.03.2019 con decompressione L5-S1 e foraminotomia. Vi è stato un secondo intervento il 23.05.2019 con redecompressione L5-S1 sinistra, laminectomia, foraminotomia e sequestrectomia e un ultimo intervento chirurgico in data 26.11.2019 con spondilodesi TLIF L4-S1. Il decorso postoperatorio dopo questo ultimo intervento è stato abbastanza favorevole. Nei 6 mesi susseguenti vi è stato un progrediente miglioramento dei disturbi. Ultimamente assicurato segnala nuovamente un incremento della sintomatologia piuttosto alla colonna lombare, senza irradiazione alle estremità inferiori e senza deficit sensitivo o motorici. Risente soprattutto di una certa rigidità alla mobilità della colonna vertebrale e dei dolori ai movimenti. L'esame clinico attuale mostra una sindrome lombo-vertebrale cronica con una scoliosi destro-convessa, un appiattimento della lordosi fisiologica e delle limitazioni della mobilità soprattutto nella flessione con dei dolori ai movimenti. L'esame neurologico è risultato normale. Le indagini da ultimo eseguite con TAC della colonna lombare del 16.09.2020 non mostrano ernie discali, recidiva, canale spinale stretto, eventuali spostamenti o instabilità dell'impianto di fissazione." Esprimendosi quindi sul percorso precedente di terapie e riabilitazioni, il perito ha osservato che l'assicurato avesse beneficiato di varie terapie di tipo conservativo, medicamentoso, fisioterapico e a delle infiltrazioni senza ottenere un grande successo. Era quindi stato sottoposto a tre interventi chirurgici, l'ultimo il 26 novembre 2019 con spondilodesi TLIF L4-S1. Da questo intervento chirurgico si era ripreso molto bene nei primi sei mesi, pur seguendo ancora regolari sedute di fisioterapia e assumendo unicamente del Ponstan. Sulla base di queste considerazioni il perito ha descritto le suindicate limitazioni funzionali e ha concluso che nell'attività professionale di gessatore l'assicurato era da considerare inabile completamente dal 28 settembre 2018. Dal 1. giugno 2020 occorreva tuttavia considerare una ripresa dell'abilità lavorativa del 70% come casalingo (riduzione del rendimento del 30%) e in un'attività lavorativa adeguata tenente in considerazione le limitazioni funzionali sopraelencate (riduzione del rendimento del 30% per un'attività da svolgere sull'arco di un'intera giornata; doc. AI pag. 293). Tutto ben considerato, il referto del dr. _____, le cui conclusioni sono state pienamente condivise senza riserve anche dal dr. _____ del SMR nel rapporto del 1. dicembre 2020 (doc. AI pag. 295), è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. Lo specialista si è espresso sulle affezioni reumatologiche lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione (in particolare anche gli esami radiologici eseguiti nel settembre 2019 e 2020 presso la clinica _____) ed ha valutato la capacità lavorativa anche sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita clinica effettuata. Il medico ha inoltre esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute del ricorrente, prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta ed acquisita nel corso della procedura amministrativa. Individuata la problematica principale e particolarmente invalidante per l'assicurato in quella afferente la colonna lombare, per la

quale egli era stata certificata un'inabilità lavorativa completa dal 28 settembre 2018, ha ricordato come egli fosse stato operato tre volte dal dr. _____, il 29 marzo 2019 (con decompressione L5-S1 e foraminotomia), il 23 maggio 2019 (con redecompressione L5-S1 sinistra, laminectomia, foraminotomia e sequestrectomia) e infine il 26 novembre 2019 (con spondilodesi TLIF L4-S1). Ha quindi osservato che il decorso postoperatorio dopo questo ultimo intervento fosse stato favorevole con un progrediente miglioramento dei disturbi nei sei mesi successivi. Questo malgrado ultimamente l'assicurato segnalasse nuovamente un incremento della sintomatologia piuttosto alla colonna lombare, con rigidità alla mobilità, tuttavia senza irradiazione alle estremità inferiori e senza deficit sensitivi o motorici.

Rilevato altresì come le indagini da ultimo eseguite con TAC della colonna lombare del 16 settembre 2020 non avessero mostrato ernie discali, né recidive e neppure un canale spinale stretto o eventuali spostamenti o instabilità dell'impianto di fissazione, rilevato quindi come egli si fosse ripreso "molto bene" dall'ultimo intervento di spondilodesi, il perito, che ha proceduto ad un'accurata visita clinica della durata di 1h e 5 min (e non 15 minuti come affermato dall'assicurato; cfr. ricorso punto 4, doc. I) il giorno 22 ottobre 2020 (doc. AI pag. 282), ha concluso per un miglioramento situabile a sei mesi dopo l'operazione di spondilodesi, con una ripresa dell'abilità lavorativa parziale almeno in attività adeguate dal 1. giugno 2020. Tale valutazione, che non ha tralasciato alcun elemento di rilievo, avendo valutato gli esami più appropriati e studiato in modo approfondito la documentazione agli atti, descritto nei particolari l'anamnesi e l'esame clinico e che ha risposto alle questioni poste dall'AI, risulta ineccepibile. Alla stessa va quindi attribuita piena forza probante.

2.7. Alle conclusioni tratte dall'amministrazione sulla base della citata perizia reumatologica si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, le stesse non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Dalle ben motivate conclusioni della perizia reumatologica e del SMR non è in effetti possibile scostarsi sulla base delle certificazioni prodotte dall'assicurato nel corso della procedura amministrativa e contestualmente alle osservazioni al progetto di decisione del 10 dicembre 2020. Innanzitutto, con un certificato del 12 gennaio 2021 il dr. _____ di _____, ha riferito di una consultazione nel corso della quale il paziente aveva riferito "un dolore lombare cronico in progressione dopo esercizio fisico, i sintomi sono costanti e indipendenti dalla posizione" e con la quale aveva constatato "Bacino simmetrico. Inclinazione sagittale con riduzione della lordosi fisiologica. Non dolore alla palpazione art. iliosacrale, non dolore compressivo. Bending laterale simmetrico, dolente in entrambe le direzioni. Inclinazione/reclinazione con limitazioni. Non segno di Trendelenbourg. Forza arti inf. M5. Lasègue negativo bilat. Lasègue inverso neg. Slump test negativo. ROT simmetrici e normovivi." Aveva quindi concluso attestando un'inabilità dell'80% per il mese di febbraio 2021 (doc. AI pag. 328), riferendo di un paziente con dolore persistente e in progressione dopo sforzo fisico, ritenuto che "la spondilodesi divenuta necessaria per instabilità con compressione foraminale ha ridotto la sua capacità di compensazione a livello lombosacrale. Soprattutto il movimento di reclinazione del bacino, importante meccanismo di adattamento in caso di ridotta lordosi lombare, non è più possibile. Questa situazione lo limita sia per attività dinamiche che statiche. Dal punto di vista medico anche una reintegrazione nell'ambito lavorativo appare impensabile. Ho consigliato regolare

esercizio di rinforzo anche in presenza di dolore ” (doc. AI pag. 336). Sottopostagli tale certificazione, il perito dr. _____, con complemento peritale del 25 febbraio 2021, ha affermato: " (...) ho preso atto dell'ulteriore documentazione che mi avete messo a disposizione, in particolar modo del referto medico dell'ortopedico e specialista della chirurgia della colonna vertebrale Dr. med. _____ del 12.01.2021. Egli ritorna sulle diagnosi note. In particolar modo sulla spondilodisi PLIFF da L4 a 81. Egli segnala come vi sia un dolore persistente e in progressione dopo sforzo fisico. Sintomatologia che avevo già rilevato nella mia valutazione peritale del 16.11.2020, dove a pagina 11, avevo evidenziato come ultimamente l'assicurato segnala nuovamente un incremento della sintomatologia piuttosto alla colonna lombare, senza irradiazioni alle estremità inferiori e senza deficit sensitivo motori. Sintomatologia della quale ho tenuto conto anche nella mia valutazione peritale, soprattutto per quanto riguarda le limitazioni funzionali e per quanto riguarda la capacità lavorativa. Le osservazioni cliniche del Dr. med. _____, in merito ai movimenti di reclinazione del bacino, vengono da me considerate in quelle che sono le limitazioni funzionali da me determinate. Avevo segnalato che vi erano delle limitazioni in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale, nel piegarsi e nel fare dei movimenti di estensione o flessione laterale. Tenendo in considerazione quindi questi aspetti, ritengo che la nuova documentazione messa a disposizione, non evidenzia delle modifiche direzionali per quanto riguarda le patologie dell'assicurato. Non vi sono quindi modifiche per quanto riguarda le diagnosi poste e le limitazioni funzionali, nonché le incapacità lavorative da me determinate nella mia valutazione peritale del 16.11.2020 in vostro possesso.” (doc. AI pag. 346) Con rapporto del 5 marzo 2021 il dr. _____ del SMR ha quindi confermato la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ Sindrome lombo-vertebrale cronica in stato dopo tre interventi chirurgici alla colonna lombare in particolar modo una decompressione L5-S1 a sinistra con foraminotomia il 29.03.2019, una redecompressione L5-S1 a sinistra con laminotomia, foraminotomia e sequestrectomia il 23.05.2019, una spondilodisi TLIF L4-S1 il 26.11.2019 ”, oltre a quella, non invalidante, di “ Stato dopo due interventi chirurgici alla spalla destra con artroscopia, decompressione sottoacromiale e ricostruzione del tendine del sovraspinato in data 24.08.2016 e artroscopia della spalla destra e sutura della cuffia dei rotatori il 19.06.2017, Periartropatia omero-scapolare tendinopatica con leggera sintomatologia d'impingement alla spalla sinistra ”, confermando le conclusioni del perito sull'inabilità lavorativa completa come gessatore e, dal 1. giugno 2020, del 30% in un'attività rispettosa delle limitazioni elencate dal perito, precisando cioè che “ L'assicurato è limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale. E limitato nel piegarsi, fare movimenti di estensione o flessione laterale della colonna vertebrale, soprattutto se improvvisi e repentini. Deve controllare con attenzione i movimenti. Non può alzare più di 5-7,5 kg saltuariamente. Può mantenere la posizione seduta anche per alcune ore. Questo cambiando appoggio. La posizione in piedi può essere mantenuta per 30-45 minuti muovendosi. La posizione ferma in piedi non può essere mantenuta. La deambulazione è possibile per circa 30 minuti, non su terreni sconnessi ” (doc. AI pag. 347). Ora, il complemento peritale, con il quale il perito reumatologo ha concluso che la documentazione del curante non apportava elementi idonei a modificare le conclusioni della perizia del 16 novembre 2020, appare ben motivato e approfondito e va condiviso, considerato anche come esso sia stato confermato anche dal dr. _____ del SMR nel suo rapporto del 5 marzo 2021. Nemmeno la documentazione prodotta in seguito dall'assicurato permette di dipartirsi da tali conclusioni. In particolare nella certificazione del 6 aprile 2021 (quindi successiva alla resa del provvedimento contestato) il dr.

_____, internista, ha segnalato “ un peggioramento a livello lomboradicolare destro: da un paio di mesi il paziente lamenta un dolore lombare irradiante alla gamba des, accertato con esecuzione di CT lombare in data 29.03.21, con riscontro di ernia discale e possibile conflitto con la radice di L5 des. Clinicamente assenza di deficit sensitivomotori, ad eccezione di un deficit del riflesso tibiale posterior a sin, in quadro di sindrome lomboradicolare irritativa L5 des. ”, e ha concluso attestando un’inabilità completa (doc. AI pag. 379). Il medico SMR dr. _____, esaminata questa certificazione, l’ha sottoposta a dr. _____, il quale, nel nuovo complemento peritale del 28 aprile 2021, ha affermato: " (...) Per quanto riguarda le diagnosi inerenti alla sua capacità lavorativa avevano segnalato la presenza di una sindrome lombo-vertebrale cronica in stato dopo tre interventi chirurgici alla colonna lombare in particolar modo una decompressione L5-S1 a sinistra con foraminotomia il 29.03.2019, una redecompressione L5-S1 a sinistra con laminotomia, foraminotomia e sequestrectomia il 23.05.2019 nonché una spondilodesi TLIF L4-S1 il 26.11.2019. In questo ambito sono sorpreso che si sia manifestata attualmente un'ernia discale compressiva irritativa radicolare a livello di L5 destra. La problematica è da prendere in considerazione e da valutare in ambito neurologico/neurochirurgico. Per quanto riguarda questa nuova patologia si dovrà osservarne il decorso e valutare se vi sia un'evoluzione favorevole o meno. Questo dopo delle terapie adeguate. Per quanto riguarda invece la valutazione peritale inerente al 22.10.2020 non vi sono modifiche da apportare. In effetti si tratta di una nuova manifestazione non presente allora e può essere riferita al più presto a partire dall'esecuzione della TAC lombare del 20.03.2021.” (doc. AI pag. 383) In merito il dr. _____, nell’Annotazione del 3 maggio 2021, sottoscrivendo quanto affermato dal dr. _____ nel suo complemento del 28 aprile 2021, ha quindi concluso: " (...) Le conclusioni peritali contenute nel Rapporto Finale SMR del 05.03.2021 sono confermate fino dall'esecuzione della TAC lombare del 20.03.2021. Da allora si giustifica un'IL completa che sarà valutata in ambito neurologico/neurochirurgico. Per quanto riguarda questa nuova patologia si dovrà osservarne il decorso e valutare se vi sia un'evoluzione favorevole o meno. Si ritiene congrua riproporre il dossier al SMR da agosto 2021.” (doc. AI pag. 389) A queste conclusioni questo Tribunale deve aderire senza riserve, dovendosi concludere che dalle certificazioni dei curanti non è emerso alcun elemento nuovo o significativo che potesse in qualche modo far sembrare incompleta o non corretta la perizia del dr. _____ del 16 novembre 2020. Le allegazioni del dr. _____ nei due complementi del 25 febbraio e 28 aprile 2021, ben motivate ed espresse dal medesimo perito che aveva già accuratamente valutato l’assicurato nell’ambito della perizia reumatologica, che ha preso attenta posizione sulle affermazioni dei curanti, e sono state integralmente condivise anche dal SMR (cfr. rapporti del SMR del 1 dicembre 2020, 5 marzo e 3 maggio 2021, doc. AI pag. 297, 347 e 389), appaiono convincenti e meritano di essere confermate senza riserve. Dalle stesse non emergono in effetti problematiche, intervenute entro il momento decisivo della resa della decisione contestata (DTF 132 V 220), che non siano già state approfonditamente valutate, e nemmeno elementi che permettano in qualche modo di far apparire le conclusioni della perizia errate o necessitanti di ulteriore approfondimento. Né del resto il ricorrente produce in questa sede nuova documentazione che attesti una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale reumatologica e del SMR, sempre intervenuta entro il momento decisivo della resa della decisione contestata (DTF 132 V 220; per quanto riguarda il periodo successivo cfr. di seguito al consid. 2.9), né ha fornito elementi che consentano in

qualche modo di considerarne inattendibili le conclusioni. In effetti, il perito e il medico SMR hanno, con motivazioni convincenti, illustrato come l'assicurato avesse beneficiato di un miglioramento delle condizioni relative alla sindrome lombo vertebrale a seguito degli interventi subiti e in particolare di quello di spondilodesi TLIF L4-S1 del 29 novembre 2019, con un miglioramento delle condizioni e parziale recupero della capacità lavorativa almeno in attività adeguate nei sei mesi successivi. Questa conclusione andava confermata senza riserve, anche alla luce dell'ultima certificazione del 12 gennaio 2021 del dr. Colombo. Per contro, la certificazione del dr. _____ del 6 aprile 2021, facente testo della presenza, accertata con TAC lombare del 29 marzo 2021, di un'ernia discale compressiva irritativa radicolare a livello di L5 destra, evidenzia una problematica nuova, da valutare in ambito neurologico/neurochirurgico, alla luce anche del decorso nei mesi successivi, con le terapie adeguate. A ragione l'amministrazione ha quindi ritenuto che tale problematica, in quanto insorta successivamente ed accertata al più presto con la TAC del 29 marzo 2021, non modificava tuttavia la valutazione peritale del 16 novembre 2020, posta alla base della decisione contestata. In questa sede il ricorrente ha prodotto atti medici già agli atti oltre ad un certificato del dr. _____ del 14 aprile 2021 che ha riferito: "(...) Rivedo il paziente dopo esame TAC che presenta una possibile fusione L4-S1, ma con scollamento delta vite S1 sinistra. L'esame mette anche in evidenza una frattura della limitante superiore di L3 probabilmente dopo una caduta in gennaio. Lo stesso esame TAC eseguito in settembre 2020 non mostrava l'affossamento della limitante superiore di L3. I dolori vengono indicati sia lombari che irradianti nelle gambe in corrispondenza di L5 bilaterale, maggiore sinistra. A destra si è potuto apprezzare un restringimento foraminale di L5 per disco residuo. Valutazione e procedere Ho spiegato al paziente che si tratta di una situazione in cui non vi è stato un miglioramento dei dolori, che sono aumentati dopo la caduta con riscontro alla recente TAC di una frattura stabile di L3. Anche la fusione della spondilodesi non è garantita e dovrebbe essere eseguito un accertamento con PET-TAC. Il grado massimo di lavoro indicato è del 20%." (doc. A4). Ha pure prodotto il referto della menzionata TAC eseguita il 29 marzo 2021 presso la clinica _____ concludente per la presenza di " Spazio intersomatico L5-S1: Con i limiti degli artefatti metallici sembra apprezzarsi un bulging discale mediano paramediano destro che in associazione a processi degenerativi artrosici riduce l'ampiezza del forame di coniugazione e determina verosimile sofferenza della radice nervosa di L5 ." (doc. A7). A ragione l'amministrazione, nella sua risposta ha in proposito osservato che tali certificazioni dei curanti non permettevano di modificare le conclusioni tratte prima della resa del provvedimento contestato (doc. IV). Questa conclusione va confermata. In effetti, le certificazioni radiologiche prodotte si riferiscono al verosimile intervento di un peggioramento accertato nel marzo 2021, mentre che non forniscono elementi in grado di ritenere non completo o non corretto l'accertamento medico effettuato dall'amministrazione prima della resa della decisione contestata e, quindi che permetta di distanziarsi dalle conclusioni del perito reumatologo e del SMR. Sia peraltro osservato che le indagini eseguite in precedenza, segnatamente con la TAC della colonna lombare del 16 settembre 2020, avevano escluso la presenza di ernie discali, recidive, la presenza di un canale stretto o eventuali spostamenti o instabilità dell'impianto di fissazione (cfr. perizia 16 novembre 2020, pag. 11, doc. AI pag. 292). In sostanza, il ricorrente non ha quindi apportato alcun elemento atto a quantomeno mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI basate sulle approfondite valutazioni e conclusioni espresse dalla perizia reumatologica e nei complementi peritali, e non ha addotto elementi nuovi che permettano di considerare quantomeno ipotizzabile una modifica duratura della

situazione rispetto alla valutazione peritale del 16 novembre 2020 e del SMR intervenuta entro la decisione contestata del 19 marzo 2021 (la quale, come detto, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1; cfr. nondimeno al consid. 2.9) o un diverso apprezzamento della capacità lavorativa. Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.5; 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)) le certificazioni prodotte dal ricorrente, segnatamente quelle dei dr. _____ e _____, non consentono in alcun modo di dipartirsi dalle conclusioni del perito dr. _____ e 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 però 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). Il dovere processuale di collaborazione 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). Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia reumatologica del 16 novembre 2020 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e i complementi del 25 febbraio e 28 aprile 2021 e in particolare gli affidabili pareri del medico SMR (cfr. in particolare i vari rapporti del 1. dicembre 2020, 5 marzo e 3 maggio 2021; 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 19 marzo 2021 (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 (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurato vada considerato inabile completamente in ogni attività dal 28 settembre 2019, ma dal 1. giugno 2020 nuovamente abile nella misura del 70% in un'attività adeguata. Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata vanno quindi confermate. 2.8. Per quel che concerne l'aspetto

economico, rimasto incontestato, per determinare il grado di invalidità per il periodo dal giugno 2020 l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), procedendo al relativo calcolo, momento in cui l'assicurato risultava abile al lavoro nella misura del 70% in attività confacenti. Il calcolo è stato esposto nella decisione impugnata come segue: "(...) Calcolo della capacità di guadagno residua (CGR) Reddito da valido: Senza il danno alla salute rassicurato, in qualità di gessatore, è in grado di percepire un salario annuo di Fr. 64'728.- (fonte: Notifica di malattia ad _____ ed _____). Reddito da invalido : In attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali: In conformità alla vigente giurisprudenza, in considerazione del fatto che la gamma di attività esigibili è piuttosto vasta, al fine di determinare il reddito da invalido di un assicurato è possibile far riferimento ai rilevamenti statistici ufficiali (tabelle RSS), editi periodicamente dall'Ufficio federale di statistica. Come da giurisprudenza imposta dal Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13). Il reddito da invalido deve pertanto essere determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Considerando una capacità di lavoro del 70%, praticando la riduzione del 20% (riduzione complessiva dal reddito da invalido del 20% per attività leggera e altri fattori di riduzione), sulla base delle statistiche teoriche RSS (attività semplici e ripetitive, mediana; dati riferiti alla realtà economica nazionale, in base alla giurisprudenza) risulta un reddito d'invalido di Fr. 38'282.-. Nel caso specifico, dal raffronto tra il reddito annuo nella professione svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute (Fr. 64'728.-) con quello ottenibile in un'attività adeguata allo stato di salute (Fr. 38'282.-), ne consegue una perdita di guadagno del 41% = grado AI. Sono assolte le condizioni per l'assegnazione di una rendita d'invalidità così come sopra deciso. Provvedimenti d'integrazione : Considerando il percorso formativo e professionale dell'assicurato, e il fatto che dopo al danno alla salute risulta abile al 70% in attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali, non s'intravedono provvedimenti professionali che migliorerebbero la sua capacità di guadagno residua. Nel caso specifico non appaiono limitazioni tali da render problematica la ricerca di un posto di lavoro adeguato nel mercato primario tramite i classici canali di collocamento. Non è quindi necessario riconoscere l'aiuto al collocamento. (...)” (doc. A/1) Tale calcolo, che applica la giurisprudenza del Tribunale federale in materia di confronto dei redditi (cfr. la giurisprudenza, riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013), e per quanto riguarda i salari applicati per determinare il reddito da invalido ha fatto correttamente capo ai dati salariali statistici ufficiali dichiarati applicabili dal Tribunale federale (riguardo all'applicabilità dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna, cfr. DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.), procedendo pure correttamente all'applicazione di una - generosa - riduzione sul salario da invalido del 20% per “attività leggera e altri fattori di riduzione” (cfr. DTF 126 V 75), così come il grado di invalidità che ne scaturisce (41%), vanno pertanto confermati. 2.9. Considerati quindi gli accertati gradi di inabilità lavorativa completa nell'attività abituale di gessatore e in ogni altra attività dal 28 settembre 2018, con ripresa di un'abilità del 70% in attività leggere adeguate dal 1. giugno 2020 con un conseguente grado di invalidità del 41%, a ragione l'amministrazione gli ha attribuito il diritto alla rendita intera dal 1. settembre 2019, alla scadenza dell'anno d'attesa (giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), con grado AI del 100%, sostituendo quindi la prestazione a far tempo

dal 1. settembre 2020, ossia trascorsi 3 mesi dal miglioramento dello stato di salute situabile al giugno 2020 con un conseguente grado di invalidità del 41%, con una rendita di un quarto (art. 88a cpv.1 OAI; cfr. al consid. 2.4). 2.10. Dalla documentazione prodotta successivamente alla resa della decisione contestata e con il ricorso si evince nondimeno che l'assicurato ha subito un probabile peggioramento delle sue condizioni, come evidenziato dal referto della TAC eseguita il 29 marzo 2021, ovvero dopo l'emanazione della decisione. Come ricordato al consid. 2.4, per l'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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 presumibilmente continuerà a durare (cfr. art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Ora, mentre che, come visto, per il periodo precedente la resa della decisione contestata la valutazione medica dell'amministrazione va confermata, anche alla luce della nuova documentazione prodotta dopo la resa della decisione, appare verosimile un peggioramento intervenuto nel marzo 2021 (cfr. referto della TAC lombare del 29 marzo 2021, doc. A7). Al momento dell'emanazione della decisione impugnata del 19 marzo 2021 non erano quindi ancora trascorsi i tre mesi di cui all'art. 88a cpv. 2 OAI dal peggioramento. La nuova situazione deve quindi essere oggetto di un nuovo provvedimento. Visto anche quanto proposto dall'Ufficio AI nella risposta di causa, si rende quindi necessario trasmettere le certificazioni prodotte con il gravame all'amministrazione affinché le esami nell'ambito di una revisione della prestazione e, dopo aver esperito i necessari accertamenti, renda quindi una nuova decisione sul diritto alle prestazioni per il periodo successivo alla data della decisione querelata. 2.11. Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) 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.

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