

## **TI\_GERICHTE 32.2006.73 vom 27. März 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-03-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2006.73](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.73)

FR: TI\_GERICHTE 32.2006.73 du 27 mars 2007

IT: TI\_GERICHTE 32.2006.73 del 27 marzo 2007

### **Regeste**

Assicurato, da un punto di vista medico pienamente abile in attività leggere adeguate e rispettose dei suoi limiti funzionali, non ha diritto ad una rendita dato che, dal raffronto dei redditi, emerge un grado di invalidità del 22%.

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

kg ”, ha ritenuto l’interessato abile al 50% nella sua precedente professione di conduttore della funicolare del \_\_\_\_\_ con mansioni di pulizia e manutenzione dal 10 maggio 2003, ma abile al 100% in attività leggere adeguate a partire dalla stessa data (doc. AI 36-1). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha commentato: " Il caso dal punto di vista medico è sufficientemente documentato e le valutazioni dei due medici curanti sono concordanti: IL 50% nell'abituale attività di conduttore funicolare \_\_\_\_\_ (motivato dalla necessità di camminare attraversando i binari portando pesi). Piena capacità lavorativa in attività adatta v.s. Quindi ad valutazione CIP." (doc. AI 36-2) L’amministrazione ha quindi negato all’interessato il diritto a prestazioni. In sede di opposizione egli ha contestato tale decisione, criticando la mancata presa in considerazione dei suoi problemi neuropsicologici che, a suo dire, sono fortemente limitanti, producendo a comprova di quanto asserito la valutazione neuropsicologica 31 ottobre 2005 redatta dal dr. \_\_\_\_\_, neuropsicologo e responsabile dell’unità operativa di neuropsicologia e logopedia della clinica \_\_\_\_\_ e dalla lic. psic. \_\_\_\_\_, neuropsicologa. Questi specialisti sono giunti alle seguenti conclusioni: " L'odierno esame neuropsicologico evidenzia disturbi di entità da lieve a moderata a livello attentivo e mnestico, associati ad una riduzione della fluenza verbale fonemica. Quanto emerso è compatibile con la diagnosi di invio. Sulla base di quanto riferitoci dai coniugi \_\_\_\_\_ e dopo un confronto con la valutazione neuropsicologica del 1994, è evidente la riduzione dei disturbi cognitivi avuta nel corso degli anni. Si tratta tuttavia di una remissione solo parziale, con deficit residui di lieve-moderata entità che, tenuto conto del tempo trascorso dal loro esordio, potrebbero essere ritenuti stabili e non soggetti ad ulteriori apprezzabili miglioramenti, nemmeno attraverso un intervento di riabilitazione specialistico. I disturbi neuropsicologici che caratterizzano il paziente sono in grado di limitare la sua capacità lavorativa generale, anche se non in misura totale. Persone con problemi di memoria e attenzione come quelli lamentati dal paziente, solitamente possono essere impiegate ma solo in attività manuali, semplici e di breve durata, prive di un elevato impegno mnestico ed attentivo. " (doc. AI 50-5) Nelle sue osservazioni 13 febbraio 2006 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato: " Valutazione SMR del 30.09.2004: Il caso dal punto di vista medico è sufficientemente documentato e le valutazioni dei due medici curanti sono concordanti: IL 50% nell'abituale attività di conduttore funicolare \_\_\_\_\_ (motivato dalla necessità di camminare attraversando i binari portando pesi). Piena capacità

lavorativa in attività adatta v.s. Quindi ad valutazione CIP. Valutazione consulente IP del 10.03.2005 : capacità di guadagno residua del 78% in un attività leggera e poco qualificata, tipo operaio generico. Provvedimenti professionali volti al conseguimento di una qualifica di base non sono proponibili. Decisione UAI del 14.03.2005 : grado di invalidità 22%, non diritto a rendita. Opposizione dell'aprile 2005 alla decisione UAI : il rappresentante legale fa presente che l'istruttoria medica sia incompleta in quanto non sarebbero stati presi in considerazione gli esiti del trauma cranico con ematoma epidurale dell'agosto 1994, infortunio tutelato \_\_\_\_\_, con disfunzioni neuropsicologiche persistenti. Questi deficit ora avrebbero un influsso sulla capacità lavorativa in attività richiedenti un'alta concentrazione come quelle proposte dall'UAI e i deficit di apprendimento non permetterebbero all'A. un reinserimento nel mondo del lavoro senza adeguate misure integrative. A sostegno di tale tesi viene prodotta una valutazione neuropsicologica del 31.10.2005 eseguita presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Valutazione SMR del 13.02.2006 : la voluminosa documentazione \_\_\_\_\_ è stata visionata e presa in considerazione in occasione della prima valutazione SMR (infatti nel rapporto SMR viene menzionato lo stato da craniotomia per ematoma epidurale traumatico 1994 quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa). Le motivazioni per ritenere gli esiti del trauma cranico senza influsso sulla capacità lavorativa si basano sui seguenti ragionamenti ed accertamenti medici eseguiti: 1. La valutazione medica \_\_\_\_\_ eseguita negli anni 1994/1995 in merito ai postumi neurologici rispettivamente neuropsicologici è da definire esauriente e ha dato i seguenti risultati: - a livello neuro-otologico lieve disturbo della funzionalità vestibolare centrale. A livello specialistico questo disturbo viene definito di entità molto discreta che spiega gli episodi sporadici di vertigini soggettivi, ma che non comporta una diminuzione della capacità lavorativa tranne che per lavori in altezza. - a livello neuropsicologico (valutazione del dicembre 1994) si trova un profilo neuropsicologico generale nella norma. L'apprendimento verbale, la memoria verbale, il pensiero categoriale, i calcoli orali, la comprensione verbale orale e scritta è normale. Risultano unicamente dei deficit valutati come da lievi a moderati nell'apprendimento visivo, nella memoria visiva e nella percezione visivo-spaziale. 2. Con decisione su opposizione del 1996 la \_\_\_\_\_ rifiuta l'assegnazione sia di una rendita di invalidità sia di un'indennità per menomazione dell'integrità, considerando l'A. pienamente abile nella sua abituale attività lavorativa svolta (guida della cabina della funivia nella misura del 50% e lavori di manutenzione e di controllo della linea nella misura del 50%). Da lato neuropsicologico viene espressamente ritenuto abile al 100% nell'abituale attività lavorativa compresa la guida della cabina, mentre per i disturbi neuro-vestibolari lievi non può lavorare in altezza oltre 5 metri dal suolo. È evidente, che in caso di persistenza di deficit neuropsicologici rilevanti con evidente ripercussione sul livello di concentrazione e di attenzione l'A. sarebbe stato dichiarato non idoneo per una tale attività che comporta il trasporto di persone. 3. L'A., dopo la chiusura del caso da parte della \_\_\_\_\_, ha ripreso il suo lavoro in modo completo senza evidenti limitazioni della capacità lavorativa. Alla \_\_\_\_\_ non è mai stato annunciato un peggioramento dello stato di salute in merito all'infortunio dell'agosto 1994. In tutta la successiva documentazione \_\_\_\_\_ che concerne vari altri infortuni (in particolare ginocchia) non viene mai più fatto accenno a delle limitazioni persistenti rilevanti e significanti in merito all'infortunio con trauma cranico del 1997. Fino al subentrare della patologia successiva a livello delle ginocchia nel 2003, svolgeva il suo lavoro a tempo pieno come conduttore di funicolare in ragione di circa il 70-80% del suo tempo lavorativo e il restante 20-30% dell'attività lavorativa è

dedicata ai lavori di manutenzione, con pieno salario, corrispondente al rendimento. 4. L'esame neuropsicologico del 31.10.2005 prodotto in sede di opposizione evidenzia uno stato neuropsicologico che in confronto a quello oggettivato in dicembre 1994, sicuramente non solo non è peggiorato ma viene addirittura definito migliorato (è evidente la riduzione dei disturbi cognitivi avuta nel corso degli anni). Persistono disturbi di entità da lieve a moderata unicamente legati alla memoria visiva a lungo termine (la memoria verbale risulta del tutto normale) e dell'attenzione selettiva e divisa (capacità di prestare attenzione a più informazioni simultaneamente) mentre l'attenzione sostenuta protrattasi per oltre due ore viene valutata sufficiente. La valutazione del neuropsicologo in merito alla capacità lavorativa è piuttosto vaga ed espressa in maniera generale del tipo "... i disturbi neuropsicologici sono in grado di limitare la capacità lavorativa generale". Inoltre è la valutazione espressa da un non medico che non considera minimamente tutto il contesto clinico noto della patologia post-infortunistica comprese le valutazioni \_\_\_\_\_ precedenti e il seguente iter lavorativo dell'A., il quale, malgrado i lievi deficit neuropsicologici persistenti, è stato ritenuto abile al lavoro in misura del 100% nella sua abituale attività lavorativa e ha successivamente pure dimostrato di esserlo, almeno fino al momento dell'insorgenza di nuova patologia del 2003. In conclusione, i deficit neuropsicologici persistenti dal trauma cranico del 1994 - sono di entità da lieve a lieve-moderata - concernono unicamente una parte molto settoriale delle funzioni cognitive - non sono peggiorati nel corso degli anni (anzi si sono ulteriormente attenuati) - non hanno avuto e non hanno influsso sulla capacità lavorativa abituale di conducente di funicolare con mansioni di manutenzione - non hanno un influsso sulla capacità lavorativa in attività intellettualmente comparabile a quella di conducente di funicolare con mansioni di manutenzione (tipo operaio generico non specializzato)." (Doc. AI 54-3+4) Sulla base di tali considerazioni, l'amministrazione ha quindi confermato il rifiuto di prestazioni. In sede di ricorso, l'assicurato ha prodotto un nuovo certificato medico datato 7 aprile 2006 del dr. \_\_\_\_\_, del seguente tenore: " Con il presente certifico che il summenzionato soffre di disturbi degenerativi posttraumatici ad entrambe le ginocchia, stato da intervento di impianto di cartilagine 2001 a destra, stato da meniscectomia 2003 ginocchio sinistro, stato da meniscectomia 2005 a destra. Stato da trauma cranico con frattura e grave commozione cerebrale 1994 stato da craniotomia 1994 per evacuazione ematoma. Non posso che confermare la stabilità del quadro presentato da questo paziente che oltre alla sintomatologia dolorosa alle ginocchia e all'impotenza funzionale (accentuazione dei dolori e puntuale recidiva del versamento già dopo poco tempo di sforzi di bassa intensità), soffre di una sindrome neuropsicologica residua in seguito all'infortunio del 1994, con disturbi della memoria e dell'apprendimento. Continuo a considerarlo totalmente inabile al lavoro per le ragioni elencate qua sopra." ( Doc. B) 2.6. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate ( STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di

evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht*, 1997, p. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01).

2.7. Nell'evenienza concreta, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attento esame della fattispecie, non ha motivo di mettere in dubbio la valutazione effettuata dall'amministrazione e in particolare dal medico del SMR dr.ssa \_\_\_\_\_. Essa ha debitamente tenuto conto delle singole affezioni invalidanti di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa nella precedente professione o in professioni compatibili con la sua formazione e le affezioni invalidanti. Da notare inoltre che tali valutazioni coincidono perfettamente con quanto attestato dai curanti, dr.

\_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_. Nel suo ricorso l'assicurato critica l'operato dell'amministrazione, che a suo parere ha ommesso di vagliare i problemi neuropsicologici che lo affliggono. Oggetto del contendere è quindi sostanzialmente la valutazione delle ripercussioni sulla capacità lavorativa della presunta patologia neuropsicologica dell'interessato, osservato come dagli atti non risulti che le altre diagnosi (versamenti articolari recidivanti su condropatia e meniscopatia degenerativa in stato dopo meniscectomia parziale mediale sinistra 22.4.2003 e stato dopo plastica osteo-condrale condilo femorale interno e rotula a destra 19.4.2003), abbiano avuto, fino al momento determinante della resa del provvedimento oggetto di ricorso (DTF 130 V 140), delle ripercussioni maggiori rispetto a quanto già valutato dall'Ufficio AI. Né del resto l'insorgente ha mai sostenuto il contrario. Ora, dalla documentazione agli atti, in particolare dalla valutazione neuropsicologica 31 ottobre 2005 prodotta in sede d'opposizione, risulta che rispetto alla precedente valutazione neuropsicologica del 1994 vi è stata una evidente riduzione dei disturbi cognitivi nel corso degli anni, anche se si tratta di una remissione solo parziale, con deficit residui di lieve-moderata entità, che potrebbero essere ritenuti stabili e non soggetti ad ulteriori apprezzabili miglioramenti, nemmeno attraverso un intervento di riabilitazione specialistico (doc. AI 50-5, la sottolineatura è della redattrice). Nel referto si legge infatti che l'interessato è completamente autonomo sia nello svolgimento delle attività di base, sia nell'adempimento delle attività strumentali della vita quotidiana; quanto alla funzionalità cognitiva globale è vigile, cosciente, orientato nei tre modi, collaborante e ad un test di screening di primo livello ottiene un punteggio nella norma; le funzioni mnestiche sono nella norma per quanto concerne la memoria a breve termine sia verbale che visuo-spaziale, così come quella a lungo termine in modalità verbale, mentre è deficitaria in modalità visiva; le funzioni attentive sono sufficienti durante la valutazione, nella norma la capacità di spostamento attentivo, mentre deficitaria è l'attenzione selettiva e l'attenzione divisa, con numerose omissioni e tempi di reazione eccessivi; soddisfacenti si rivelano le capacità di astrazione, controllo e inibizione, sensibilità all'interferenza e programmazione motoria, nella norma la fluenza verbale semantica e deficitaria la fluenza verbale in modalità fonetica; funzioni verbali e di calcolo nella norma (doc. AI 50-4). Dall'esame neuropsicologico eseguito il 7 dicembre 1994 dal servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ emergeva che l'assicurato presentava " in un contesto altrimenti nella norma dei deficit da lievi a moderati nell'apprendimento visivo, nella memoria visiva e di percezione visivo-spaziale ". Veniva in particolare indicato che nonostante l'assicurato si lamentasse di avere a volte delle anomalie e di esprimersi con fatica, nell'esame effettuato non venivano riscontrate tali problematiche (eloquio spontaneo, denominazione di figure corretta). Inoltre, il profilo neuro-psicologico generale era definito " nella norma " (doc. 1-91 inc. LAINF, sottolineature della redattrice). Nel rapporto relativo alla visita medico-circondariale 27 dicembre 1994 effettuata per conto dell'assicuratore infortuni, il dr. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia, aveva indicato che a quattro mesi dall'incidente ciclistico che aveva comportato la frattura composta della squama parieto-temporale a destra con ematoma epidurale fronto-temporo-parietale a destra, lesione trattata d'urgenza con craniotomia ed evacuazione dell'ematoma, l'assicurato era da considerare dal punto di vista neuro-psicologico abile al lavoro di conduttore di funicolare in misura normale. Egli aveva tuttavia indicato che sussistevano dei deficit neuro-vestibolari che precludevano lo svolgimento di lavori in luoghi pericolosi, sulle scale a pioli, sui tetti o su terreno scosceso, motivo per il quale occorreva meglio verificare tali deficit oto-vestibolari tramite un consulto presso il dr. \_\_\_\_\_ (doc. 1-88

inc. LAINF). Dal rapporto 1° febbraio 1995 del dr. \_\_\_\_\_, Primario di otorinolaringoiatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, emergeva che “ gli esami otoneurologici effettuati, sia dal punto di vista cocleare che dal punto di vista vestibolare, se presi singolarmente e separatamente non possono essere considerati patologici, sono al limite della linea significativa. Se presi tuttavia globalmente, tenendo in debita considerazione anamnesi e disturbi soggettivi lamentati dal paziente, la concordanza dei risultati sia a livello cocleare che vestibolare permette di concludere per un lieve deficit post-traumatico cocleo-vestibolare destro ” (doc. 1-79 inc. LAINF). Sulla base di tale consulto, nel rapporto di visita medico-circondariale 12 aprile 1995 il dr. \_\_\_\_\_ aveva quindi confermato la piena capacità lavorativa dell'assicurato dal 15 marzo 1995, riservata una eventuale modifica a seguito di un nuovo controllo oto-neurologico approfondito (doc. 1-66 inc. LAINF). Tale ulteriore approfondimento oto-neurologico è stato compiuto dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in otorinolaringoiatria, medico di fiducia della \_\_\_\_\_, che nel suo rapporto 14 giugno 1995 ha ritenuto l'interessato pienamente abile al lavoro quale conduttore di funicolare, prevedendo un controllo a distanza di sei mesi (“ was die arbeitsfähigkeit anbetrifft, so ist dieser Versicherte rein aus ORL-ärztlicher Sicht voll arbeitsfähig, ausser auf ungesicherten Gerüsten, die sich über 5 m über dem Boden befinden. Auch sollte der Versicherte Arbeiten an allzu steilen Abhängen meiden ”, doc. 1-60 inc. LAINF). Nel successivo controllo oto-neurologico 12 gennaio 1996 il dr. \_\_\_\_\_ ha confermato la piena capacità lavorativa dell'interessato (“ was die arbeitsfähigkeit anbetrifft, so ist dieser Versicherte voll arbeitsfähig, ausser für Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr, bzw. auf ungesicherten Gerüsten, die sich über 5 m über dem Boden befinden ”, doc. 1-31 inc. LAINF). Anche il dr. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia, medico di fiducia dell'assicuratore infortuni, chiamato a fornire una valutazione del caso, nel suo rapporto 20 maggio 1996 era giunto alla conclusione che l'assicurato fosse abile al lavoro al 100% quale conduttore di funicolare (“ was die Zumutbarkeit anbetrifft, kann man also aufgrund des Protokolls der Arbeitsstellenbesichtigung vom 18.9.1995 sagen, dass Herr RI 1 zu 100% ohne Rendement-Einbusse als Kabinenführer und bei Unterhaltsarbeiten an der Bahnstrecke arbeitsfähig ist. Bei Arbeiten auf den beiden Brücken muss sich der Versicherte anseilen, dies behindert ihn jedoch in seiner Tätigkeit nicht ”, doc. 1-20 inc. LAINF). La dr.ssa \_\_\_\_\_ nelle sue osservazioni 13 febbraio 2006 ha evidenziato che l'esame neuropsicologico 31 ottobre 2005 prodotto dall'assicurato mette in evidenza uno stato neuro-psicologico sicuramente non peggiore rispetto a quello già valutato nel 1994, ma addirittura migliorato, con una evidente riduzione dei disturbi cognitivi. Il medico SMR ha inoltre rilevato che i disturbi residui sono di entità da lieve a moderata, concernono unicamente una parte molto settoriale delle funzioni cognitive (memoria visiva a lungo termine e attenzione selettiva e divisa) e non hanno impedito nel passato all'interessato di compiere la sua attività lavorativa, per lo meno fino al momento dell'insorgenza della nuova patologia del 2003 ( fino al momento dell'infortunio al ginocchio sinistro dell'aprile 2003 l'assicurato svolgeva il suo lavoro a tempo pieno, impiegando circa il 70-80% del tempo lavorativo come conduttore di funicolare, mentre il restante 20-30% dell'attività lavorativa era dedicata ai lavori di manutenzione) . La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che i deficit neuro-psicologici che persistono dopo il trauma cranico del 1994, di entità ridotta, che concernono solo una parte molto settoriale delle funzioni cognitive, che non sono peggiorati nel corso degli anni, ma si sono attenuati e che non hanno avuto nel passato e non hanno influsso sulla capacità lavorativa abituale di conducente di una funicolare con mansione di manutenzione, non hanno influsso sulla capacità lavorativa in

attività intellettualmente comparabili (come ad esempio operaio generico non specializzato) (doc. AI 54-4). A tale valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_, posta dopo approfondito esame degli atti, che non evidenzia contraddizioni e non si può affermare essere fondata su accertamenti di fatto errati, può quindi senz'altro essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai ricordati criteri stabiliti dalla giurisprudenza. Non è superfluo ricordare a questo proposito che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Ne discende che sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche, richiamato inoltre l'obbligo che per consolidata giurisprudenza incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che sino al momento determinante dell'emana-zione del querelato provvedimento (cfr. DTF 130 V 140) l'assicurato presentava una residua capacità lavorativa del 100% in attività adeguate. Del resto, il ricorrente non ha apportato elementi oggettivi idonei a mettere in dubbio la chiara valutazione stesa dal medico SMR, né ha prodotto della documentazione medica che ne contraddica le conclusioni. Non può infatti essere ritenuto tale lo scritto 7 aprile 2006 del dr. \_\_\_\_\_, che indica che l'interessato presenta oltre ad una patologia dolorosa alle ginocchia e all'impotenza funzionale anche una sindrome neuropsicologica residua in seguito all'infortunio del 1994, con disturbi della memoria e dell'apprendimento, giungendo alla conclusione che “ continuo a considerarlo totalmente inabile al lavoro per le ragioni elencate ” (doc. B). Innanzitutto, il citato medico evidenzia la stabilità del quadro clinico dell'assicurato, a dimostrazione che non vi sono stati mutamenti di rilievo. Inoltre, come rilevato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo la chiusura del caso da parte dell'assicuratore LAINF l'interessato ha

ripreso il suo lavoro in modo completo, senza evidenti limitazioni della capacità lavorativa, senza che sia mai stato annunciato un peggioramento dello stato di salute in merito all'infortunio del 1994 e senza indicazione di limitazioni persistenti derivanti dal trauma cranico del 1994. L'assicurato, fino al subentrare della patologia a livello delle ginocchia nel 2003, svolgeva il suo lavoro a tempo pieno, in qualità di conduttore di funicolare al 70%-80% e quale addetto a lavori di manutenzione per il restante 20%-30%. Tutti questi elementi fanno supporre che nel corso degli anni l'assicurato non ha avuto un'esacerbazione dei problemi neuro-psicologici derivanti dall'infortunio del 1994 tale da incidere in maniera rilevante sulla sua capacità lavorativa, in un lavoro, è bene ricordarlo, che implica il trasporto di persone. Infine, va rilevato che non si capisce il motivo per il quale il curante abbia indicato di "continuare" a ritenere l'interessato inabile al lavoro al 100%, quando dalla documentazione agli atti emerge chiaramente la sua valutazione relativa ad una capacità lavorativa del 50% nella precedente attività di conducente di funicolare e operaio manutentore e del 100% per attività leggere adeguate, come autista di veicoli comunali o di trenini turistici (doc. AI 21-3 e 20-10). Tale scritto non può dunque portare ad una diversa valutazione della capacità lavorativa rispetto a quanto motivatamente stabilito dal medico SMR. Va qui ricordato all'assicurato 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). 2.8. Per quanto riguarda la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto al consid. 2.3 che precede, va ricordato che l'inabilità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. A l medico compete la valutazione dello stato di salute del peritendo, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'inabilità 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 (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'inabilità è decisivo stabilire, secondo il principio della

verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Nel caso in esame meritano sostanziale conferma gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione al fine di determinare il grado di invalidità dell'assicurato. In particolare, la consulente in integrazione professionale, in merito alle attività esigibili e al raffronto dei redditi, ha affermato quanto segue: "(...) Attività esigibili - senza (ri)formazione specifica L'A. potrebbe mettere a profitto il CFC nell'ambito della vendita (2 anni) ottenuto nel 1970, quale commesso (attività diversificata : vendita al banco, consiglio alla clientela, riempimento delle scanzie), o addetto all'incasso in un negozio al dettaglio, in un do-it, o stazione di servizio Inoltre, sul mercato del lavoro supposto in equilibrio, l'A. potrebbe svolgere altre attività leggere, poco qualificate e confacenti con il danno alla salute, piuttosto sedentarie ad esempio quale autista o operaio generico. Calcolo CGR - senza (ri)formazione specifica Peraltro, considerando un reddito ipotetico senza danno alla salute (RH, 2003) di circa fr. 60'219.- (cfr. questionario DL), una capacità di lavoro residua del 100% in attività adeguata (categoria professionale RSS 4 e quartile 2) e applicando una riduzione del 10% (per attività leggera), secondo le statistiche RSS, risulta un reddito da invalido di circa fr. 46'969.- e una capacità di guadagno residua del 78% in un'attività leggera e poco qualificata. Proposte formative (eventuali) o di chiusura del caso Visto quanto sopra e considerando il bagaglio attitudinale, la poca conoscenza della lingua (l'A. ha svolto tutta la scolarità in tedesco), ritengo che dei provvedimenti professionali volti al conseguimento di una qualifica di base, non siano proponibili. Tuttavia, l'A. é già titolare di un CFC (1970) nella vendita (2 anni) che potrebbe mettere a profitto sul mercato libero del lavoro. Inoltre, vista la presenza sul mercato di diverse attività direttamente accessibili e confacenti con il danno alla salute, ritengo che l'A. sia direttamente integrabile nel ciclo produttivo. Peraltro, qualora l'A. trovasse un datore di lavoro disposto ad assumerlo si resta a disposizione per un riallenamento nell'ambito della vendita o un'introduzione al posto di lavoro (es. formazione ad hoc), in un'attività confacente con il danno alla salute e che permetterebbe di recuperare la capacità di guadagno residua." (Doc. AI 39-2+3) Tali accertamenti e conclusioni, che sono peraltro rimaste incontestate dal ricorrente, meritano conferma. Per completezza va fatto presente che con sentenza inedita del 5 settembre 2006 nella causa P. (I 222/04), il TFA ha stabilito che "secondo la giurisprudenza, sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultante dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (cfr. tra altre, sentenza 10 agosto 2001 in re R., I 474/00, consid. 3a/aa). L'inapplicabilità dei valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regione, è di recente stata decisa dalla Corte plenaria in data 10 novembre 2005 (cfr. in tal senso sentenza 22 agosto 2006 in re K, I 424/05)". Pertanto, nella determinazione del reddito da invalido occorre d'ora in poi applicare i valori nazionali (Tabella TA1) e non più quelli regionali (Tabella TA13) come sinora confermato dal TCA. Tale circostanza non ha in ogni modo alcuna ripercussione sul

caso in esame. In effetti, essendo i valori nazionali maggiori di quelli regionali, il grado d'invalidità risulterebbe ancora inferiore a quello stabilito in base alla tabella TA13; in entrambi i casi il tasso d'incapacità al guadagno risulta comunque essere inferiore al minimo pensionabile del 40%. Vi sto quanto precede, la conclusione dell'amministrazione di ritenere il ricorrente invalido nella misura del 22%, essendo basata su sufficienti approfondimenti, non può che essere confermata. Non essendo dato un grado d'invalidità giustificante l'erogazione di una rendita d'invalidità (art. 28 cpv. 1 LAI), l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamete rifiutato la rendita. La decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. 2.9. Da ultimo, l'assicurato ha chiesto l'allestimento di una perizia neuropsicologica. A tal proposito va rilevato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, già si è detto che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza. Né vi sono validi motivi per ritenere inaffidabili le certificazioni mediche citate nei considerandi precedenti. Non è pertanto necessario procedere ad una perizia giudiziaria.

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