

## **TI\_GERICHTE 32.2008.73 vom 7. April 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-04-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.73](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.73)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.73 du 7 avril 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.73 del 7 aprile 2008

### **Regeste**

L'UAI ha correttamente stabilito che l'A. ha diritto a una mezza rendita di invalidità a far tempo dal 1° marzo 2003. Sulla base delle risultanze mediche del SAM l'A. presenta una capacità lavorativa del 50% sia nella sua precedente attività sia in attività adeguate

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.5. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: URSS Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante. 2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la

Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1<sup>er</sup> décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes

d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi

espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.7. L'UAI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato sia la patologia ortopedica (Dr. \_\_\_\_\_), sia quella psichiatrica (Dr. \_\_\_\_\_), sia infine quella cardiologica (Dr. \_\_\_\_\_) L'aspetto ortopedico è stato vagliato dal Dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, che nel proprio referto del 31 maggio 2007 ha posto la seguente diagnosi: "(...) 5. Diagnosi ■ Esiti da ferita lacero-contusa della regione radio-carpica dorsale destra del 1992. ■ Stato dopo lesione e sutura primaria dei tendini estensore lungo del pollice destro, estensore proprio dell'indice destro, estensore del carpo radiale lungo e breve destro. ■ Discreti segni artrosici nella regione del carpo radiale destro. ■ Stato dopo frattura della gamba destra ed osteosintesi della tibia destra. (...) (Doc. AI 121-27) Alle domande poste dall'UAI il Dr. \_\_\_\_\_ ha così risposto: "(...) 10. Diagnosi 1. Diagnosi dal suo punto di vista specialistico. Vedasi sotto paragrafo 5. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a (precisare se possibile ore al giorno o la riduzione nel rendimento sul lavoro). Le diagnosi limitate al settore degli organi di movimento riducono la capacità lavorativa dell'assicurato al 75% nella professione di disegnatore del genio civile. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato/a dal suo punto di vista specialistico riguardo alle problematiche segnalate agli atti e la prognosi a medio-lungo termine. La situazione oggi appare stazionaria anche a medio e lungo termine. Una lenta progredienza delle alterazioni artrosiche, finora discrete, del carpo destro è possibile. Finora però non si è delineata. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? La diminuzione della capacità lavorativa si giustifica con la presenza di una riduzione della funzione dell'articolazione radio-carpica destra, soprattutto della flessione volare della mano destra. Vi è inoltre una diminuzione della forza di prensione della mano destra. Si aggiungono, come fattore meno incisivo, disturbi della sensibilità nella regione dorsale dello spazio intermetacarpale I-II della mano destra. Si tiene conto ovviamente della professione abitualmente esercitata. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato/a? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? No. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale presso quest'assicurato/a? Descrivere le risorse di cui l'assicurato ancora dispone. Provvedimenti d'integrazione professionale in questo caso non sono indicati. 7. Ritiene che l'assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento). L'assicurato è certamente in grado di svolgere altre attività. Si ricorda il lavoro svolto a favore del comune di \_\_\_\_\_ nel settore della manutenzione. In questo caso però la capacità lavorativa, non essendo evitabili alcuni lavori anche fisicamente pesanti, scenderebbe al 50%. Entrano in considerazione anche attività di sorveglianza, attività in magazzino ed in ufficio. Fattori limitanti sono i lavori fisicamente assai pesanti, i lavori che richiedono una presa vigorosa bimanuale ed i lavori con attrezzi assai pesanti che chiedono una presa ferma e sicura. Anche nella più favorevole delle situazioni la capacità lavorativa, sotto il profilo strettamente ortopedico, non supererebbe il 80%. Rimarrebbe comunque una riduzione dell'efficienza sul posto di lavoro. Per un riorientamento professionale vi sono certamente alcuni elementi sfavorevoli: la durata

dell'inattività lavorativa, l'età dell'assicurato e la concomitanza di altre patologie." (Doc. AI 121-28+29+30) L'aspetto psichiatrico è stato approfondito dal Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che nella sua valutazione del 21 giugno 2007 ha posto la diagnosi di " Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD 10-F33.1) dopo sindrome da disadattamento; sindrome da dipendenza d'alcol, uso senza manifestazioni somatiche (ICD 10-F10.249) ". Il Dr. \_\_\_\_\_ ha poi espresso la seguente valutazione e fornito le risposte qui esposte alle domande dell'UAI: " (...) VALUTAZIONE: Siamo di fronte ad un assicurato che presenta una sindrome depressiva, con aspetti ansiosi che si sono presentati dopo essere stato licenziato dal suo ultimo posto di lavoro nel 2000. Allora aveva presentato una sindrome da disadattamento con una reazione mista ansiosa depressiva, ma il decorso prolungato oltre al limite degli items stabiliti dal ICD 10, hanno giustificato la diagnosi, inizialmente di episodio depressivo e attualmente di sindrome depressiva ricorrente. Il decorso è stato stazionario, senza che si sia constatato un peggioramento clinico. Come dichiarato dallo stesso assicurato egli conduce una vita con una certa attività sia dentro che fuori casa, mantiene i contatti sociali e con i parenti. Al momento attuale si constata un appiattimento dell'umore con una componente asteniforme e una quota d'angoscia media. Mantiene ancora attive le funzioni cognitive e parzialmente quelle fisiologiche. Per quanto concerne la dipendenza dell'alcol che presenta, si tratta di una dipendenza secondaria dopo un periodo di astinenza totale nel 2005. Dal 2006 mantiene un regolare consumo di etile ma a quanto pare non incide sulla sua vita quotidiana in modo grave. La sintomatologia espressa soggettiva dell'assicurato non presenta grandi discrepanze con la valutazione oggettiva eseguita dal sottoscritto. CONCLUSIONE: 1. Diagnosi Vedi sopra. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato. Il quadro psicopatologico attuale comporta una incapacità lavorativa del 50% nell'ultima attività svolta. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista specialistico. Prognosi. L'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato è stazionaria e la prognosi a lungo termine è stazionaria. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? L'appiattimento del tono dell'umore, così come il livello d'angoscia, nonché l'ideazione ripetitiva riguardanti temi del licenziamento influiscono rendendolo lento, incostante, inaffidabile e con una maggiore esauribilità. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa. Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? L'assicurato è seguito correttamente dallo psichiatra curante. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale? No. 7. Ritiene che l'assicurato sia in grado di svolgere altre attività? Se sì descrivere il limite funzionale e la capacità lavorativa in altre attività adatte. Sì, sempre nella misura del 50%." (Doc. AI 121-33+34) Infine, la patologia cardiologica è stata oggetto di valutazione da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio di cardiologia ed angiologia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ che nel suo referto peritale del 21 maggio 2007 ha posto la seguente valutazione: " (...) Valutazione: 1. Diagnosi dal punto di vista cardiologico. 1. Possibile angina pectoris da sforzo CCS classe II. Fattori di rischio cardiovascolari: ipertensione, diabete tipo II, iperlipidemia, tabagismo, familiarità. 2. Blocco bifascicolare (blocco di branca destra ed emiblocco anteriore sinistro) cronico e asintomatico. 3. Pregresso flutter atriale nel 2001. 4. Possibile claudicazione intermittente degli arti inferiori classe IIa."(doc. AI 121-36). Per quanto riguarda l'influenza della patologia cardiologica sulla capacità lavorativa dall'assicurato lo specialista ha indicato che nella professione di disegnatore del genio civile la possibile angina pectoris cronica, così come il blocco

bifascicolare e il pregresso flutter atriale nel 2001, non hanno influsso sulla capacità lavorativa, per cui va considerato nella sua precedente professione dal lato cardiologico abile al 100% (doc. AI 121-38). Al quesito posto dall'Ufficio AI circa la possibilità per l'assicurato di svolgere altre attività, il Dr. \_\_\_\_\_ ha precisato quanto segue: "(...) Dal lato strettamente cardiologico l'assicurato è in grado di svolgere altre attività. Per la possibile angina pectoris allo sforzo allo stadio attuale sono possibili attività che implicano sforzi fisici di grado leggero a moderato mentre è da considerarsi non idoneo allo svolgimento di attività fisiche prevalentemente pesanti e questo affinché si dimostri l'assenza di coronaropatia significativa (per esempio tramite scintigrafia miocardica sotto sforzo). Per quanto concerne il pregresso flutter atriale e in particolare il blocco bifascicolare asintomatico (incidenza statistica 1-2% all'anno di blocco AV completo) vi è teoricamente una restrizione alla guida professionale fintanto che un holter non dimostri l'assenza di blocco atrioventricolare avanzato intermittente, holter che andrebbe ripetuto annualmente. Sempre per questi disturbi del ritmo e anche considerando un'anamnesi occasionale d'ipotensione ortostatica, in paziente iperteso sottomesso ad una multipla terapia antipertensiva, ritengo vada comunque considerato non idoneo allo svolgimento di attività pericolose in altezza o in equilibrio. Questi disturbi del ritmo allo stato attuale non costituiscono invece fattori limitanti per lo svolgimento di professioni con impegno fisico leggero, moderato e anche relativamente pesante ma che tengano conto delle limitazioni sopradescritte." (Doc. AI 121-38+39) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 5 settembre 2007, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di " ■ Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F33.1) dopo sindrome da disadattamento. ■ Esiti da ferita lacerocontusa della regione radiocarpale dorsale ds. del 1992; ■ status dopo lesione e sutura primaria dei tendini estensore lungo del pollice ds. estensore proprio dell'indice ds., estensore del carpo radiale lungo e breve ds.; ■ Discreti segni artrosici nella regione del carpo radiale ds." (doc. AI 121-16). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile nella misura del 50% nella sua attività da ultimo svolta di disegnatore del genio civile (doc. AI 121-21). In merito alle conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione i medici del SAM hanno espresso la seguente valutazione: "(...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le conseguenze sulla capacità lavorativa si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi constatati a livello psicologico e mentale, nonché fisico. Sul piano psicologico e mentale, i disturbi constatati rendono l'A. lento, incostante, inaffidabile, con una maggiore affaticabilità. Sul piano muscoloscheletrico la funzione dell'articolazione radiocarpica ds., e soprattutto la flessione volare della mano ds., che riducono la capacità lavorativa dell'A.. Vi è una diminuzione della forza di prensione della mano ds. ed inoltre sono presenti disturbi di sensibilità nella regione dorsale dello spazio intermetacarpale I-II della mano ds. Le limitazioni evidenziate a livello psicologico e mentale, nonché a livello muscoloscheletrico, si riferiscono entrambe in maniera preponderante alla diminuzione della resistenza e del rendimento e prendono in considerazione la sintomatologia dolorosa, per cui non vanno accumulate in quanto si sovrappongono. La limitazione della capacità lavorativa sussiste a partire dal 1.03.2003 al 50% ed è rimasta stazionaria. 9. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE L'A. in grado di svolgere attività simili all'impiego da ultimo svolto, come disegnatore del genio civile, nella misura del 50%. Nello svolgimento di attività fisiche prevalentemente pesanti, l'A. è da considerare

non idoneo, finché dimostra l'assenza di una coronaropatia significativa. Per quanto concerne il pregresso flutter atriale, in particolare il blocco bifascicolare asimptomato, vi è teoricamente una restrizione alla guida professionale, fino alla dimostrazione all'holter dell'assenza di un blocco atrioventricolare avanzato intermittente, holter che andrebbe ripetuto annualmente. Sugeriamo, come già esposto dal nostro consulente cardiologico dr. \_\_\_\_\_, data la sintomatologia di un'angina da sforzo CCS classe II cronica e stabile, di eseguire una nuovo scintigrafia miocardica con stress fisico, per confermare o meno la presenza di una coronaropatia. È inoltre indicato uno stretto controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, tra cui l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e la dislipidemia. Per quanto riguarda le patologie psichiatrica ed ortopedica, provvedimenti terapeutici non possono migliorare la capacità lavorativa dell'A.. L'A. è seguito correttamente dallo psichiatra curante. L'A. può svolgere altre attività leggere e moderate, che non richiedano una presa vigorosa bimanuale e lavori con attrezzi assai pesanti richiedenti una presa ferma e sicura; attività non pericolose in altezza o che richiedano equilibrio. Per queste attività vi è pure una capacità lavorativa del 50%.” (Doc. AI 121-21+22+23) Il ricorrente da parte sua ha prodotto la certificazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 21 aprile 2008 dal seguente tenore: " In riferimento alla sua ultima lettera e scusandomi per il ritardo determinato dall'assenza per malattia della mia segretaria, le riconfermo di avere sempre regolarmente in cura il signor \_\_\_\_\_, trattamento iniziato il 15 maggio 2002. Non ritorno sulla complessa anamnesi del caso da lei già ben conosciuta e già descritta in diversi rapporti specialistici per l'assicurazione invalidità. Il paziente presenta da anni una sintomatologia depressiva che è apparentemente esordita alla perdita del posto di lavoro dopo circa 30 anni di attività. Questa condizione in concomitanza con altre problematiche fisiche particolarmente al polso ha determinato anche un incremento dell'abuso di etile con i problemi che ne conseguono. Questo abuso è chiaramente da interpretare come tentativo di automedicazione ansiolitica. Il paziente è sempre stato visto regolarmente ed appare ultimamente ai nostri incontri con una caratteristica depressiva marcata, con un aspetto biologico che sempre di più appare senescente rispetto alla reale età cronologica con una certa trascuratezza nell'abbigliamento e nella presentazione personale ed un'espressione estremamente rigida del viso, bloccata in un' espressione perplessa, di sofferenza, umiliata. Anche la mimica del paziente è estremamente rallentata così come la gestualità mettendo in evidenza una ansia molto marcata difficilmente controllata. Il paziente tra l'altro ha perso peso nel corso di questi anni di controllo, mostrandosi sempre più anedonico e con un atteggiamento passivo e rinunciatario rispetto alla propria esistenza. Il pensiero del paziente è centrato sulle preoccupazioni legate alla sua perdita di ruolo all'interno della famiglia e alle ovvie difficoltà economiche a cui dovrà far fronte, anche in relazione al contenzioso con l'assicurazione invalidità che oramai lo hanno esaurito ed avvilito. Per quanto riguarda gli aspetti biologici della depressione che affligge il paziente le ricordo che sono quasi tutte disturbate a cominciare dalla libido e dal sonno che è sempre assolutamente non soddisfacente. Sulla base di queste osservazioni posso riconfermarle che il paziente presenta un episodio depressivo grave nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente con sintomi biologici di carattere persistente ed involutivo. Inoltre esiste un disturbo di personalità di tipo ansioso ed un disturbo da dipendenza alcolica da inquadrare come automedicazione ansiolitica. Dopo queste precisazioni posso riconfermarle che l'evoluzione della malattia è stata progressivamente peggiorativa ed invalidante, notandosi tratti oramai come già citato di carattere persistente ed involutivo con possibile modificazione duratura della personalità (F62.1 ICD 10) determinata dalla malattia psichica. Per quanto riguarda la

quarta domanda le confermo di essere in parziale disaccordo con la valutazione psichiatrica del SAM effettuata dal collega Dr. med. \_\_\_\_\_ perché a fronte di una oggettivazione di diversi disturbi gravi, la valutazione dell'incapacità lavorativa determinata da essi e secondo me sottostimata e dove non viene notato il tratto caratteristico della modificazione duratura della personalità, determinato dalla malattia mentale. Per quanto riguarda il punto 5 vi sono anche delle osservazioni da fare sull'aspetto somatico del paziente che mi sembra alquanto compromesso e dove ancora una volta non capisco su quale argomentazioni i colleghi del SAM ritengano che le diverse patologie presentate dal paziente siano tutto sommato una sola (fisica e psichica). Tra l'altro non penso che si sia risposto alla domanda formulata dal giudice del TCA circa la possibilità di cumulare o meno i diversi gradi d'incapacità lavorativa per gli aspetti psichiatrici e quelli somatici. Le ricordo che il paziente presenta diverse patologie di carattere internistico oltre a quelle psichiche. In conclusione riconfermo la valutazione di un disturbo depressivo grave con carattere ricorrente-/persistente ed involutivo con una modificazione duratura della personalità conseguente a questa malattia oramai cronica, e la mia perplessità sulle valutazioni di cumulabilità o meno dalla parte del SAM essendo dal mio punto di vista già solo la patologia psichiatrica molto complessa, sufficiente a determinare una completa e duratura incapacità lavorativa per questo paziente. Rimango volentieri disponibile qualora necessitasse di ulteriori chiarimenti e nell'occasione le invio, egregio Avvocato RA 1, i miei più distinti saluti. " (Doc. B)

2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte

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

ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). 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 premorbo, 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 psicosociale 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale pluridisciplinare effettuata dai medici del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Quanto alla patologia cardiologica di cui è affetto l'assicurato, alla perizia del Dr. Med. \_\_\_\_\_ del 21 maggio 2007, completa e priva di contraddizioni, va riconosciuta forza probatoria piena. Nel suo referto il Dr. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di " 1. Possibile angina pectoris da sforzo CCS classe II. Fattori di rischio cardiovascolari: ipertensione, diabete tipo II, iperlipidemia, tabagismo, familiarità. 2. Blocco bifascicolare (blocco di branca destra ed emblocco anteriore sinistro) cronico e asintomatico. 3. Progresso flutter atriale nel 2001. 4. Possibile claudicazione intermittente degli arti inferiori classe IIa." ha evidenziato che la capacità lavorativa dell'assicurato quale disegnatore del genio civile è del 100%. (doc. AI

121- 36/38) Questa conclusione specialistica, che del resto non è stata contestata attraverso dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie cardiologiche con influsso sulla capacità lavorativa residua, può essere fatta propria dal TCA. Per quanto concerne la patologia ortopedica, nel suo consulto peritale del 31 maggio 2007 il Dr. Med. \_\_\_\_\_ posta la diagnosi di “ Esiti da ferita lacero-contusa della regione radio-carpica dorsale destra del 1992; Stato dopo lesione e sutura primaria dei tendini estensore lungo del pollice destro, estensore proprio dell'indice destro, estensore del carpo radiale lungo e breve destro; discreti segni artrosici nella regione del carpo radiale destro; stato dopo frattura della gamba destra ed osteosintesi della tibia destra”, ha considerato l'assicurato abile nella professione di disegnatore del genio civile nella misura del 75%, come pure in altre attività quali lavori di sorveglianza, in magazzino e in ufficio. Per contro, in attività fisicamente pesanti, come quelle svolte dall'assicurato per il Comune di \_\_\_\_\_, ove è richiesta una presa vigorosa bimanuale, e in lavori con attrezzi pesanti che richiedono una presa ferma e sicura, la capacità lavorativa residua scende al 50%. A mente dello specialista, anche nella più favorevole delle situazioni la capacità lavorativa dell'assicurato, sotto il profilo ortopedico, non supererebbe l'80% (doc. AI 121- 29/30) Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da queste conclusioni del perito ortopedico, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. L'aspetto psichiatrico è stato invece valutato nel contesto della perizia del SAM, tramite il consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel suo rapporto peritale del 21 giugno 2007, dopo aver diagnosticato una “Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD 10-F33.1) dopo sindrome da disadattamento; sindrome da dipendenza d'alcol, uso senza manifestazioni somatiche (ICD 10-F10.249)” ha rilevato che il quadro psicopatologico attuale comporta una incapacità lavorativa del 50% nell'ultima attività svolta (doc. AI 121-33/34). Per contro, l'assicurato ha prodotto in sede ricorsuale lo scritto del 21 aprile 2008 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha diagnosticato un episodio depressivo grave nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente con sintomi biologici di carattere persistente ed involutivo. Esiste inoltre – a mente dello specialista – un disturbo di personalità di tipo ansioso ed un disturbo da dipendenza alcolica da inquadrare come automedicazione ansiolitica (doc. B). Il medico curante ha poi precisato che l'evoluzione della malattia è stata progressivamente peggiorativa ed invalidante con tratti di carattere persistente ed evolutivo con possibile modificazione duratura della personalità (F62.1 ICD 10) determinato dalla malattia psichica. In merito al grado d'inabilità dal profilo psichiatrico il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato una completa e duratura incapacità lavorativa per RI 1 (doc. B). Nel successivo scritto del 27 luglio 2008 il Dr. \_\_\_\_\_ si è poi riconfermato nella propria precedente valutazione medica (doc. C). Il TCA rileva che entrambi gli specialisti hanno confermato che la sintomatologia depressiva del ricorrente è stata scatenata dal licenziamento dopo trent'anni di attività presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Evento che ha determinato poi l'aumento del consumo di etile e la conseguente sindrome di dipendenza d'alcol (cfr. doc. B, doc. AI 121-33). Diverge per contro parzialmente la diagnosi posta dai due specialisti. Secondo il Dr. \_\_\_\_\_, RI 1 soffre di una sindrome depressiva ricorrente con episodio attuale di media gravità, mentre il medico curante ha diagnosticato un episodio depressivo grave nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente con sintomi biologici di carattere persistente ed evolutivo. A mente del Dr. \_\_\_\_\_ vi è inoltre un disturbo di personalità di tipo ansioso. Il medico curante ha poi valutato l'insorgente inabile al lavoro in misura completa (doc. B). Va a questo punto evidenziato che la diagnosi e la valutazione della

capacità lavorativa dell'assicurato fatta dal Dr. \_\_\_\_\_ sostanzialmente si sovrappone a quanto aveva già valutato nel 2004 il Dr. Med. \_\_\_\_\_. Nel referto del 21 aprile 2004 il precedente perito interpellato dall'amministrazione aveva diagnosticato un "episodio depressivo di media gravità, con sintomi "biologici" (ICD-10:F32.11); sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool (ICD-10:F10.25); probabile disturbo di personalità ansioso (doc. AI 73-5)". Nella valutazione della capacità lavorativa anche il Dr. \_\_\_\_\_, come il Dr. \_\_\_\_\_, aveva indicato il 50%. La valutazione del Dr. Med. \_\_\_\_\_ è stata inoltre avallata dal Dr. \_\_\_\_\_ del SMR (rapporto medico del 22 novembre 2007, doc. AI 127-1) e dal Dr. Med. \_\_\_\_\_ e dalla psichiatra Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, i quali nelle loro annotazioni del 9 maggio 2008, in merito allo scritto datato 7 aprile 2008 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, hanno rilevato che da quest'ultimo "... non risulta una modifica dello stato di salute dell'assicurato" (doc. IV bis). È utile inoltre ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Alla luce di quanto esposto e della giurisprudenza in materia di valore probatorio (consid. 2.8) il TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr. \_\_\_\_\_ e che i referti del Dr. Med. \_\_\_\_\_ non apportano nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulla valutazione specialistica del perito dell'amministrazione. Le conclusioni del medico curante seppur parzialmente divergenti per quanto riguarda la diagnosi e la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai referti peritali del SAM e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla sua capacità di lavoro. Quanto infine alla critica mossa dall'assicurato in merito al mancato cumulo da parte dei periti del SAM del grado di inabilità lavorativa della patologia somatica e di quella psichiatrica, oggetto del rinvio nella sentenza del 12 settembre 2006, pag. 22-23 (inc. 32.2005.179), va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella causa in esame è stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e

Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Nel referto peritale del 5 settembre 2007 la Dr.ssa \_\_\_\_\_ e la Dr.ssa \_\_\_\_\_ hanno evidenziato che le conseguenze sulla capacità lavorativa si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi a livello psichico e fisico. Sul piano psicologico e mentale, i disturbi constatati rendono l'assicurato lento, incostante, inaffidabile e con una maggiore affaticabilità. Mentre sul piano muscoloscheletrico la funzione dell'articolazione radiocarpica destra e soprattutto la flessione volare della mano destra riducono la capacità lavorativa dell'A. Le limitazioni evidenziate a livello psicologico e mentale, nonché a livello muscoloscheletrico, si riferiscono entrambe in maniera preponderante alla diminuzione della resistenza e del rendimento e prendono in considerazione la sintomatologia dolorosa, per cui non vanno cumulate in quanto si sovrappongono. I medici del SAM hanno dunque valutato globalmente la limitazione della capacità lavorativa a partire dal 1° marzo 2003 nella misura del 50% (doc. AI 121-21/22). Tale valutazione è stata confermata prima dal medico del SMR Dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 22 novembre 2007 (doc. AI 127-1), e poi dal Dr. \_\_\_\_\_ e dalla psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR, i quali, nelle annotazioni del 9 maggio 2008, hanno precisato che la valutazione SAM per definizione è una valutazione pluridisciplinare e che quindi la conclusione circa la capacità lavorativa tiene conto di tutte le affezioni invalidanti in modo globale (doc. IV bis) Al fine di chiarire la questione di un'eventuale cumulabilità questa Corte ha interpellato il Dr. \_\_\_\_\_ in data 24 marzo 2009 (doc. X). Al quesito posto dal Tribunale circa la cumulabilità o meno del grado di inabilità lavorativa dal profilo ortopedico e dal lato psichiatrico il Dr. \_\_\_\_\_ ha chiaramente indicato che “ Le rispettive incapacità lavorative non devono essere cumulate ma si sovrappongono. La capacità lavorativa per le patologie degli organi di movimento dipende in maniera assai proporzionale dalla pesantezza fisica o meno dell'attività lavorativa svolta o in discussione. Questa relazione è molto meno lineare ed evidente per le patologie di tipo psichico o psichiatrico. Nel caso particolare e nella maggioranza delle situazioni è determinante la capacità lavorativa più bassa. In questo caso permane una capacità lavorativa del 50% per qualsiasi attività lavorativa. Infatti non è giustificata un'incapacità lavorativa completa né dal profilo ortopedico e neppure da quello psichiatrico ” (doc. XI) La risposta del Dr. \_\_\_\_\_ ha dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C\_2003/2008 del 26 marzo 2009). Il TCA non ha quindi nessuna ragione per scostarsi dalla valutazione del SAM, che si basa su un'esauriente discussione fra tutti i medici periti del SAM. Ne discende che sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche SAM, 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'emanazione del querelato provvedimento (cfr. DTF 130 V 140) l'assicurato presentava una residua capacità lavorativa del 50% sia nella sua precedente attività di disegnatore del genio civile, sia in attività adeguate (lavori che non richiedono una presa vigorosa bimanuale, con

attrezzi assai pesanti richiedenti una presa ferma e sicura e attività non pericolose in altezza o che richiedono equilibrio). In queste condizioni, questo Tribunale, constatato che l'assicurato conserva a partire dal 1° marzo 2003 una capacità lavorativa residua del 50% nella sua precedente attività di disegnatore del genio civile, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 50% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che, come indicato dall'UAI, l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta al 50% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008), ciò che consente di confermare il diritto dell'assicurato ad una mezza rendita d'invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Nella misura in cui l'UAI ha confermato il diritto dell'assicurato ad una mezza rendita d'invalidità (grado del 50%), la decisione del 7 aprile 2008 deve, perciò, essere confermata.

2.10. L'assicurato ha chiesto l'esperimento di una perizia giudiziaria pluridisciplinare atta a stabilire il grado d'invalidità, nonché l'audizione del teste Dr. \_\_\_\_\_ (doc. I). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure 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). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici.

2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente.

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