

## **TI\_GERICHTE 32.2012.187 vom 29. Mai 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-05-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.187](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.187)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.187 du 29 mai 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.187 del 29 maggio 2012

### **Regeste**

Necessità di un complemento peritale da parte dei medici del SAM al fine di stabilire l'incapacità lavorativa globale di un assicurato, che presenta secondo i periti delle riduzioni della capacità lavorativa in attività adatte sia per motivi psichici, che per motivi oftalmologici. Atti rinviati

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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). 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 ). In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra

mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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).

2.4. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; 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). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante 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).

2.5. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di valutare lo stato di salute dell'interessato, ha affidato il compito di esperire una perizia pluridisciplinare ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_), oftalmologica (\_\_\_\_\_ ) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Globalmente, nel rapporto peritale del 20 marzo 2012, 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 le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "1. sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2); 2. peggiorato grave trauma cranico, il 29.3.1985 con/su: grave paresi dei nervi III, IV, VI, VII a ds; probabile neuropatia dei nervi cranici V e VIII a ds; lieve-moderata emisindrome cerebellare ds con associata lieve atassia della marcia e del tronco; lieve emisindrome senso-motorica a ds; cefalea cronica post-traumatica; ipoacusia trasmissiva post-traumatica all'orecchio destro; deficit neuropsicologici di grado moderato; importante oftalmoplegia dell'occhio ds sia interna, sia esterna; peggiorate diverse blefarorrafie in peggiorato intervento di ptosi 1986; peggiorato intervento a causa di strabismo convergente a ds, 1989; astigmatismo ipermetropico bilaterale" (doc. 81-14). Quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa sono state invece poste quelle di "1. periartropatia omero-scapolare a ds con/su: sintomatologia di attrito; artrosi acromio-clavicolare e

gleno-omerale; pregressa frattura della clavicola a ds, il 29.3.1985; 2. sindrome cervico-vertebrale parzialmente cervico-spondilogenica cronica con/su: disturbi del rachide (appiattimento della dorsale con scoliosi sinistro-convessa); sbilancio muscolare; 3. sindrome lombo-spondilogenica cronica a ds con/su: alterazioni degenerative plurisegmentali lombari (discopatia L2-L3, L3-L4 e L5-S1); disturbi statici del rachide lombare (scoliosi sinistro-convessa); decondizionamento e sbilancio muscolare; 4. pregresso trauma confusionale all'emitorace ds, novembre 2011 con/su: senza fratture ossee; 5. piedi cavi bilaterali con alluci valghi bilaterali con/su: pregresse fratture al piede sin; 6. incipiente insufficienza renale" (doc. 81-15). Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro nell'attività da ultimo esercitata di autista di camion e di bus, "sicuramente già dal 2009, allorché è stato sottoposto a perizia presso il SAM" (doc. 81-21), mentre in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, la capacità lavorativa è dell'80% (presenza tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), sempre dal 2009 (doc. 81-22). A fronte delle contestazioni del legale del ricorrente concernenti la valutazione medico-peritale, il TCA ha chiesto all'Ufficio AI di fornire delle precisazioni, previa consultazione dei medici del SAM (doc. XII). Con scritto del 4 aprile 2013, la dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ del SAM hanno ribadito la correttezza della valutazione peritale del 20 marzo 2012, fornendo le seguenti motivazioni: " (...) Abbiamo interpellato i consulenti coinvolti nella nostra precedente perizia (in ordine alfabetico: dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_). I sopracitati consulenti confermano la valutazione espressa nella perizia SAM redatta il 20.3.2012. La diminuzione del rendimento per motivi psichiatrici e per motivi oftalmologici non deve essere cumulata né integralmente, né parzialmente. Il consulente in psichiatria dr. med. \_\_\_\_\_ conferma che l'A. presenta dal punto di vista psichiatrico un'incapacità lavorativa non superiore al 20%. La limitazione psichiatrica è di lieve entità e per questo motivo non ritiene che sia cumulabile con eventuali altre inabilità lavorative. L'oftalmologa dr.ssa \_\_\_\_\_, consulente per la prima perizia SAM, redatta il 7.10.2009, ha confermato che al suo punto 6 ritiene che l'A. possa svolgere altre attività che non richiedano una visione stereoscopica e binoculare al 100% e che presenti una riduzione del rendimento valutata al 20% per attività necessitanti una visione stereoscopica e binoculare. L'oftalmologo dr. med. \_\_\_\_\_, consulente per la seconda perizia SAM redatta il 20.3.2012, nella sua risposta del 18.3.2013 annota che nel suo consulto del 30.1.2012 "riteneva che dall'A. fosse esigibile un'attività adeguata dal punto di vista oftalmologico. Questo nella misura del 100%." Nella sua risposta del 18.3.2013 e nella e-mail del 22.3.2013 annota che, non essendo possibile trovare un'attività adatta al 100% allo stato oftalmologico l'A. presenterà sempre una riduzione del rendimento rispetto a una persona binoculare grossolanamente al 20%. Concludendo, confermiamo la valutazione espressa nella perizia SAM del 20.3.2012 e confermiamo che non si debbano cumulare né integralmente, né parzialmente, le percentuali di riduzione del rendimento per motivi psichici e per motivi oftalmologici. L'A. non può più svolgere l'attività di autista di autocarri e di autobus, non ottemperando più le norme della circolazione stradale ed essendo questa attività pericolosa per se stesso e per terzi." (Doc. XV 1/1) Questo Tribunale, alla luce anche della presa di posizione del 4 aprile 2013 appena esposta (doc. XV 1/1), condivide le conclusioni alle quali sono giunti i medici del SAM con riferimento agli aspetti reumatologici, neurologici e psichiatrici, mentre, per quanto concerne gli aspetti oftalmologici, ritiene di potere fare proprio quanto indicato dal dr. \_\_\_\_\_ nello scritto del 18 marzo 2013. Il TCA non ha, infatti, motivo, dal profilo

reumatologico, per mettere in dubbio la valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_ - a mente del quale l'assicurato presenta una capacità lavorativa completa nello svolgimento di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali – la cui correttezza è stata espressamente confermata dallo stesso specialista in reumatologia in data 15 marzo 2013 (doc. XV 1/6), rispondendo ad una richiesta del SAM formulata su ingiunzione del TCA. Essa, del resto, non è stata smentita da altri referti specialistici attestanti l'esistenza di patologie reumatologiche maggiormente invalidanti. Quanto all'aspetto psichiatrico, il TCA non ha ragione per distanziarsi dalla valutazione specialistica del dr. \_\_\_\_\_, il quale, posta la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2), ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura dell'80%. Tale conclusione è poi stata confermata dal dr. \_\_\_\_\_ con scritto del 28 marzo 2013 (doc. XV 1/8), in risposta ad una richiesta di precisazioni da parte del TCA al SAM. L'assicurato, del resto, non ha prodotto altri referti medici attestanti l'esistenza di patologie psichiatriche maggiormente invalidanti. Dal profilo neurologico, il TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione specialistica del dr. \_\_\_\_\_ – a mente del quale l'interessato presenta una totale incapacità lavorativa nella precedente professione di autista; una capacità lavorativa del 70% nell'attività attualmente svolta di custode presso una parrocchia e una piena capacità lavorativa nello svolgimento di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali – la cui correttezza è stata nuovamente confermata dal dr. \_\_\_\_\_ con scritto del 18 marzo 2013 (doc. XV 1/7), in risposta ad una richiesta di precisazioni da parte del TCA al SAM. Le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, del resto, non sono state smentite da altri referti specialistici attestanti l'esistenza di patologie neurologiche maggiormente invalidanti. L'assicurato, infatti, si è limitato a contestare l'esistenza di attività adeguate, ritenuto che il dr. \_\_\_\_\_ non ha specificato quali siano queste attività da lui esigibili nella misura del 100%. Questo tipo di contestazione, del tutto generica, non può essere considerata dal TCA tale da mettere in dubbio le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, il quale, del resto, era giunto alla stessa conclusione anche in occasione della precedente valutazione peritale del 18 agosto 2009, eseguita sempre nell'ambito di una perizia pluridisciplinare SAM ordinata dall'assicuratore infortuni (cfr. doc. 37-21 inc. LAINF). Inoltre, va qui ribadito che, come già indicato al consid. 2.3., il medico ha il compito di porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro, mentre spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Per quanto concerne, invece, gli aspetti oftalmologici, il patrocinatore dell'interessato ha considerato che esista una incongruenza tra quanto valutato dal dr. \_\_\_\_\_ e quanto concluso, invece, in precedenza, dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, a proposito della capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività adatte (doc. I). Il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, chiamato ad esprimersi in merito alle contestazioni del patrocinatore dell'assicurato a proposito delle diverse conclusioni poste nelle due valutazioni peritali, ha confermato la correttezza della valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_, dopo avere chiesto una presa di posizione ai medici del SAM. Questi ultimi, con scritto dell'11 ottobre 2012, hanno indicato: "(...) Ci soffermiamo dapprima sui consulti oftalmologici della dr. \_\_\_\_\_ (27.7.2009) e del dr. \_\_\_\_\_ (30.1.2012). La dr.ssa \_\_\_\_\_ codifica un'abilità dello 0% come autista di autocarri, del 100% in attività che non richiedano una visione stereoscopica e binoculare (riduzione del rendimento del 20% è riferita alle attività che non possano rispecchiare i sopracitati limiti). Il dr. \_\_\_\_\_ ha avuto a disposizione tra l'altro il sopracitato consulto della dr.ssa \_\_\_\_\_. Valuta l'assicurato inabile al lavoro al 100% come

autista di autoveicoli, eccezion fatta per il gruppo III (comunque deve occludere l'occhio ds). In un'attività in cui non sia necessaria una visione stereoscopica precisa, l'assicurato è abile al lavoro al 100%. Dunque, ambedue i consulenti valutano l'assicurato abile al lavoro allo 0% come autista di autocarri e abile al lavoro al 100% in un'attività nella quale non sia necessaria una visione stereoscopica. (...)" (Doc. VIII/2) Il TCA, preso atto delle conclusioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ e di quelle del dr. \_\_\_\_\_, al fine di risolvere la questione, ha chiesto delle precisazioni ai medici del SAM, i quali, a loro volta, si sono rivolti agli specialisti in oftalmologia coinvolti, autori dei due consulti peritali specialistici. In risposta alla seguente domanda postale dal dr. \_\_\_\_\_ del SAM e meglio: " Trattasi di un consulto vecchio. Essendo "andata avanti la storia" (tribunale, altra perizia ecc.) mi permetto di porti una domanda riguardante il punto 6. Io interpreto che l'Assicurato possa svolgere al 100% un'attività che non richieda una visione stereoscopica e binoculare e all'80% una attività con necessità di visione stereoscopica e binoculare. Sull'attività di autista la capacità allo 0% è chiara. Interpreto giusto?" (Doc. XV 1/3) la dr.ssa \_\_\_\_\_, con scritto del 20 marzo 2013, ha osservato: " La tua interpretazione concernente il mio rapporto (punto 6) del 27.07.2009, per il sig. RI 1, è corretta." (Doc. XV 1/2) Il dr. \_\_\_\_\_, dal canto suo, nello scritto del 18 marzo 2013 indirizzato al dr. \_\_\_\_\_ del SAM, ha osservato: " (...) Nella mia perizia del 30 gennaio 2012 ritenevo che dall'assicurato fosse esigibile un'attività adeguata dal punto di vista oftalmologico. Questo nella misura del 100%. Per attività adeguata intendevo un'attività che prendesse in considerazione le lesioni alla sua integrità fisica: diplopia e lesioni della superficie oculare OD con i conseguenti disturbi. Al momento sia la diplopia che i problemi della superficie oculare non erano risolti e quindi l'assicurato poteva essere considerato abile ad un'attività adeguata unicamente portando un'occlusione dell'occhio destro per sopprimere la diplopia e limitare i disturbi di superficie. In qualsiasi attività adatta al suo stato oftalmologico, l'assicurato presenterà sempre certamente una riduzione del rendimento rispetto ad una persona binoculare. Questa riduzione può essere grossolanamente valutata nel 20%." (Doc. XV 1/4) A seguito di una richiesta di precisazioni da parte del dr. \_\_\_\_\_ del SAM (cfr. doc. XV 1/5, in cui il medico ha chiesto, citiamo: "mi permetto di chiedere lumi. Debbo considerare l'assicurato abile al lavoro all'80% (rendimento ridotto) in attività adatta allo stato oftalmologico o al 100% come considerato da Lei illo tempore?"), il dr. \_\_\_\_\_, con e-mail del 22 marzo 2013, ha risposto: " Considerata l'impossibilità di trovare un'attività adatta al 100% allo stato oftalmologico del paziente, questo va ritenuto abile all'80% in un'attività compatibile ... la differenza è tra attività adatta e attività compatibile. Vada dunque per un'abilità a rendimento ridotto all'80%." (Doc. XV 1/5) Alla luce di questa chiara risposta del dr. \_\_\_\_\_, che ha permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C\_203/2008 del 26 marzo 2009), il TCA deve quindi concludere che, dal profilo oftalmologico, l'assicurato sia da considerare abile al lavoro all'80% in attività adatte, come preteso dal patrocinatore del ricorrente. Tale conclusione, del resto, risulta conforme alla giurisprudenza cantonale e federale. A tale proposito, il TCA rileva, infatti, che, in una sentenza 8C\_626/2012 del 7 novembre 2012, il Tribunale federale, confermando quanto già deciso da questa Corte nella sentenza 35.2012.7 del 18 giugno 2012, ha considerato, sulla base della valutazione peritale eseguita da una specialista in oftalmologia, che l'assicurato poteva svolgere, nonostante la perdita dell'acuità visiva dell'occhio destro, un'attività sostitutiva adeguata a tempo pieno, ma con una riduzione del rendimento del 15% per la durata di 18 mesi. In una sentenza 32.2007.128 del 21 febbraio 2008, cresciuta incontestata in giudicato, il TCA ha confermato la correttezza della

valutazione peritale oftalmologica in base alla quale un'assicurata, di professione cameriera, è stata considerata abile al lavoro nella misura dell'80% nello svolgimento di attività adeguate, che non richiedano una visione binoculare e stereoscopica perfetta. In un'altra sentenza 35.1999.129 del 27 marzo 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 162/01 del 12 luglio 2001, questo Tribunale ha ammesso il diritto a una rendita di invalidità permanente del 20%, trattandosi di un assicurato, di professione pittore/imbianchino, vittima di un trauma all'occhio sinistro con perdita quasi totale dell'acuità visiva. L'interessato è stato giudicato non più in grado di svolgere mansioni di montaggio e smontaggio delle impalcature, a causa del rischio di caduta, nonché, in generale, tutte quelle mansioni che richiedono precisione nella loro esecuzione. Alla luce di quanto sopra esposto, il TCA ritiene quindi che la capacità lavorativa residua dell'assicurato nello svolgimento di attività adeguate risulti ridotta sia per motivi psichici, che per motivi oftalmologici: dalle valutazioni dei medici del SAM risulta infatti una riduzione del rendimento del 20% per motivi psichici e una riduzione del 20% per motivi oftalmologici.

2.6. Si pone ora la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati dal perito oftalmologo e di quello psichiatra sulla capacità lavorativa del ricorrente. A proposito della valutazione globale delle patologie, 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 (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). 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 I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era 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). In una sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - concernente il caso di un assicurato affetto da patologie, invalidanti, sia reumatologiche che psichiatriche - il TCA ha, ancora una volta, avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, che scaturisca da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. In quell'occasione, a fronte dell'opinione del perito psichiatra giudiziario, secondo il quale "la patologia psichiatrica complica e peggiora quella dell'apparato locomotorio" e vista la mancanza, fatta valere anche dal SMR, di una discussione globale tra perito psichiatra giudiziario e perito reumatologo, il Presidente del TCA ha provveduto a fare svolgere la valutazione globale nel corso del dibattimento che ha avuto luogo il 16 maggio 2013. Alla luce delle risultanze della discussione del 16 maggio 2013 fra il perito reumatologo e il perito psichiatra giudiziario, alla presenza delle parti e dei medici del SMR, il TCA, con sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - dopo avere ricordato che, secondo la

giurisprudenza federale la discussione fra gli esperti di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 8C\_245/2012 del 9 aprile 2013) – ha concluso che l'assicurato è praticamente inabile al lavoro in misura totale per i suoi problemi di salute attestati dagli esperti in reumatologia e in psichiatria. Ora, nella fattispecie oggetto della presente controversia, il TCA constata che, nonostante le patologie di origine psichica e oftalmologica che affliggono l'interessato, con influenza sulla sua capacità lavorativa, una discussione plenaria fra gli specialisti interessati – di fondamentale importanza, è bene ribadirlo – non ha avuto luogo né al momento della valutazione pluridisciplinare SAM, né in seguito, malgrado le ripetute richieste di presa di posizione in merito al tema della cumulabilità delle percentuali di inabilità lavorativa formulate da questo Tribunale. In risposta ad una prima richiesta di precisazioni da parte del TCA, i medici del SAM, dopo avere interpellato il dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XV 1/8), hanno concluso che “la diminuzione del rendimento per motivi psichici e per motivi oftalmologici non deve essere cumulata né integralmente, né parzialmente. Il consulente in psichiatria, dr. med. \_\_\_\_\_, conferma che l'assicurato presenta dal punto di vista psichiatrico un'incapacità lavorativa del 20%. La limitazione psichiatrica è di lieve entità e per questo motivo non ritiene che sia cumulabile con eventuali altre inabilità lavorative” (doc. XV 1/1). A fronte di una nuova richiesta di precisazioni sul tema della cumulabilità formulata dal TCA (doc. XVIII), il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha interpellato il SAM, ponendo le seguenti domande: " Su richiesta del Tribunale dobbiamo nuovamente sottoporvi delle domande in merito al caso del sig. \_\_\_\_\_, in particolare: - per quali ragioni si riconosce un impedimento oculistico del 20% per tutte le attività, quindi anche per quelle adatte? - Riconoscendo un impedimento oculistico del 20%, questo impedimento è dovuto a quali limiti funzionali? - Riconoscendo una IL del 20% per motivi psichiatrici, questa IL è dovuta a quali limiti funzionali? - I limiti funzionali oculistici e psichiatrici si sovrappongono, se sì in quali punti? - Se i limiti funzionali oculistici e psichiatrici non si sovrappongono, per quali motivi viene negata una cumulabilità delle relative IL? Vi chiediamo di rispondere alle nostre domande sentiti i rispettivi specialisti coinvolti.” (Doc. XIX/bis) Con scritto del 10 giugno 2013, la dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ del SAM hanno risposto: " Volentieri rispondiamo alle domande poste che abbiamo sottoposto ai nostri consulenti. L'oftalmologo dr. med. \_\_\_\_\_ risponde in questo modo: “rispondo al suo scritto dello scorso 15 maggio. Riassumendo questo paziente è stato vittima di una frattura della base cranica il 29 marzo 1985. Questa ha provocato una paresi facciale dx per la quale si sono resi necessari diversi interventi per correggere il lagofalmo omolaterale secondario ed un intervento di strabismo effettuato nel 1989 dal Prof. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ per una probabile paresi del III nervo cranico dx. Presenta una diminuzione dell'acutezza visiva dell'OD affetto da cheratite da esposizione su retrazione palpebrale e lamenta praticamente in continuazione uno sdoppiamento delle immagini (diplopia). Al momento del mio esame nel gennaio 2012 era in previsione un'occlusione dell'OD per sopprimere la doppia immagine. Il signor RI 1 deve in ogni caso essere considerato monocolo sx. La mia conclusione era che il soggetto fosse abile ad un'attività a tempo pieno con una diminuzione del rendimento di circa il 20% conseguente allo stato monoculare ed ai disturbi sempre presenti all'OD. Dal mio punto di vista i limiti funzionali oculistici e psichiatrici non si sovrappongono. ” Riportiamo pure in esteso la risposta del nostro consulente dr. med. \_\_\_\_\_: “ le riferisco in merito al signor RI 1 in seguito alla vostra richiesta del 15 maggio 2013. Come esposto nella valutazione peritale l'assicurato soffriva nel novembre 2011 di una Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2). Tale

disturbo è caratterizzato da sintomi ansiosi e depressivi di lieve entità, che, proprio per le sue manifestazioni cliniche blande e normalmente transitorie, non è da considerare un disturbo psichiatrico maggiore e non è presupposto per un'inabilità lavorativa duratura. Avevo comunque allora valutato la presenza di una minima inabilità lavorativa in una misura non superiore al 20%. Tale limitazione era da riferire a lievi deficit di concentrazione relativi in particolare allo stato ansioso. Non ritengo infine, almeno dal punto di vista prettamente psichiatrico, che una limitazione psichiatrica di entità tanto lieve possa o debba cumularsi ad altre inabilità. La limitazione psichiatrica non preclude nel caso specifico infatti di per sé l'attività lavorativa oltre che nella misura del 20%, da un punto di vista psichiatrico l'assicurato è pertanto da ritenere abile all'80% qualunque sia la valutazione di abilità fisica. In altre parole, l'inabilità eventuale per un problema fisico, che sia oftalmologico o di altra natura, non era a mio avviso peggiorata in modo rilevante e apprezzabile da questa comunque lieve limitazione di tipo psichiatrico." Il nostro consulente dr. med. \_\_\_\_\_ riconosce una diminuzione del rendimento del 20% dovuta allo stato monoculare per i disturbi sempre presenti all'occhio ds. (diminuzione dell'acutezza visiva, cheratite da esposizione su retrazione palpebrale e sdoppiamento delle immagini). Il dr. med. \_\_\_\_\_ riconosce un'inabilità lavorativa non superiore al 20% e questo è dovuto a lievi deficit di concentrazione relativi in particolare allo stato ansioso. Secondo il consulente in oftalmologia dr. med. \_\_\_\_\_ i limiti funzionali oculistici e psichiatrici non si sovrappongono. Secondo il nostro consulente in psichiatria dr. med. \_\_\_\_\_ la limitazione psichiatrica è di entità tanto lieve da non poter essere cumulata con altre inabilità lavorative. Noi facciamo notare che i disturbi di concentrazione di cui soffre l'A. non sono dovuti solamente allo stato ansioso ma anche ai problemi oculari. Visto e considerato che i disturbi oculari hanno un influsso sulla psiche dell'A., la diminuzione del rendimento del 20% permette di tener conto della diminuzione del rendimento sia a livello psichiatrico, sia a livello oftalmologico." (Doc. XXII/1) Queste considerazioni dei medici del SAM sono state confermate dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR nelle annotazioni del 10 giugno 2013 (doc. XXII/4). Alla luce della giurisprudenza sopra ricordata a proposito della necessità di far capo a un giudizio globale dell'incapacità lavorativa complessiva e tenuto conto del fatto che, secondo la giurisprudenza federale la discussione fra gli esperti di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 8C\_245/2012 del 9 aprile 2013), il TCA non può ritenere sufficiente quanto indicato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ del SAM nella presa di posizione del 10 giugno 2013, ma ritiene imprescindibile l'attuazione di una discussione corale fra gli esperti interessati. Ciò appare tanto più indispensabile, ritenuto che il consulente oftalmologo, dr. \_\_\_\_\_, nel suo scritto del 3 giugno 2013, ha chiaramente indicato che "i limiti funzionali oculistici e psichiatrici non si sovrappongono" (cfr. doc. XXII/2, sottolineatura della redattrice). Anche i medici del SAM, nella presa di posizione del 10 giugno 2013, hanno correttamente indicato che il consulente oftalmologo ha ritenuto che i limiti funzionali oculistici e psichiatrici non si sovrappongano (doc. XXII/1), senza poi però procedere al cumulo delle percentuali di incapacità lavorativa. E questo nonostante nello scritto del 7 maggio 2013 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR abbia espressamente posto la domanda "se i limiti funzionali oculistici e psichiatrici non si sovrappongono, per quali motivi viene negata una cumulabilità delle relative IL" (cfr. doc. XIX/bis, sottolineatura della redattrice). In simili condizioni, secondo questo Tribunale non è possibile - senza prima procedere ad un complemento peritale da parte dei periti del SAM interessati - concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurato, tenuto

conto degli aspetti oftalmologici e psichici, giustifichi una capacità lavorativa globale dell'80%, come stabilito nel referto peritale del SAM del 20 marzo 2012 (doc. 81-22) e confermato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. 82-2). 2.7. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.3.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento a livello medico peritale tra tutti i consulenti del SAM che hanno avuto modo di visitare il ricorrente, inteso a delucidare l'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati in ambito oftalmologico e psichiatrico sulla capacità lavorativa residua globale dell'assicurato. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. A tale riguardo, il TCA evidenzia che l'Ufficio AI, dal profilo economico, al momento di effettuare il confronto dei redditi, dovrà tenere conto anche, in particolare, del fatto che, contrariamente a quanto ritenuto dall'amministrazione nella decisione oggetto della presente controversia – nella quale al reddito da invalido è stata applicata una riduzione del 10% così giustificata: "5% per attività leggera e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari" (doc. A) - nella decisione su opposizione del 15 ottobre 2010, cresciuta incontestata in giudicato, l'assicuratore LAINF ha applicato al reddito statistico da invalido una riduzione del 15% - anziché del 5% come ritenuto nella decisione del 13 luglio 2010 - giungendo ad un grado di invalidità del 44% (doc. 44/1-5 inc. LAINF). L'assicuratore infortuni ha indicato che, in sede di opposizione, "questa istanza ha rivalutato l'intera documentazione disponibile, per giungere al proprio convincimento che tenuto conto dell'importanza dell'infortunio, delle relative sequele, dell'età dell'assicurato, della sua formazione e del suo grado di occupazione, appare corretto condividere la proposta dell'opponente circa il riconoscimento di una riduzione di natura sociale del salario statistico pari al 15%" (doc. 44-4 inc. LAINF). Ora, se è vero che, secondo un'affermata giurisprudenza, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. DTF 133 V 549 consid. 6; STF 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013; STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011; STF 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009), è altrettanto vero che, come indicato dall'Alta Corte in una sentenza 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013, "se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe pertanto condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6 pag. 553; 126 V 288 consid. 2a p. 292 con riferimenti)". Nel caso di specie, posto che l'assicurato presenta, oltre alle patologie post-infortunistiche, anche dei disturbi di natura extra-infortunistica, come rilevato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. VIII/3), il TCA ritiene che l'amministrazione non possa applicare al reddito da invalido una percentuale di riduzione inferiore a quella del 15% riconosciuta dall'assicuratore infortuni per tenere conto globalmente "dell'importanza dell'infortunio, delle relative sequele, dell'età dell'assicurato, della sua formazione e del suo grado di occupazione" (cfr. doc. 44-4 inc. LAINF). Inoltre, il TCA evidenzia che la percentuale del 10% riconosciuta dall'amministrazione non tiene conto né dell'età dell'assicurato, né della ulteriore riduzione del rendimento anche nello svolgimento di attività adatte causata, oltre che dai problemi psichici, anche dai disturbi di natura

oftalmologica dell'interessato, non considerati dall'Ufficio AI (cfr., al riguardo, quanto sopra esposto al consid. 2.5.). In tale modo, già solo considerando una percentuale di abilità lavorativa complessiva dell'assicurato dell'80% (percentuale che, come visto in precedenza, non tiene però conto della questione, di fondamentale importanza, della cumulabilità dei gradi di incapacità lavorativa psichica e oftalmologica, cfr. consid. 2.6.), dal raffronto fra il reddito da valido di fr. 71'993 (2007) stabilito dall'assicuratore LAINF nella decisione del 13 luglio 2010, poi confermata con la decisione su opposizione del 15 ottobre 2010, cresciuta incontestata in giudicato (cfr. doc. 43-3 inc. LAINF), che non va poi aggiornato al 2010 ritenuto quanto indicato dallo stesso datore di lavoro dell'interessato (cfr. doc. 78-1) – ma anche volendo prendere in considerazione l'importo di fr. 72'509 (2007) indicato dal patrocinatore del ricorrente (doc. I) – e quello da invalido di fr. 61'164.50, cui applicare (prescindendo dalla questione del gap salariale, peraltro controversa), una riduzione, almeno (cfr. consid. 2.6.), del 20% per motivi medici e del 15% per tenere conto di tutti gli altri aspetti, per un reddito da invalido di fr. 41'592, emergerebbe in ogni caso il diritto perlomeno ad un quarto di rendita di invalidità (per un grado AI del 42% se si considera quale reddito da valido l'importo di fr. 71'993 o del 43% se si prende in considerazione quale reddito da valido l'importo di fr. 72'509 preteso dal legale del ricorrente). 2.8. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di un importo di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPG). La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C\_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3). 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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