

TI_GERICHTE 32.2014.155 vom 29. September 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-09-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.155

FR: TI_GERICHTE 32.2014.155 du 29 septembre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.155 del 29 settembre 2014

Regeste

Rinvio per approfondimento medico peritale inteso a delucidare l'incidenza rispettiva dei gradi d'incapacità lavorativa attestati in ambito pneumologico, infettivo e psichiatrico

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se l'amministrazione era legittimata a negare all'assicurato il diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità oppure no. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori

estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. 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 morbosissimo, 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 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006,

consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 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). 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 è 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). L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che "Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una convenzione" e al cpv. 2 che "i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio". Per mettere in pratica quanto prescritto all'art. 72bis cpv.2 OAI l'UFAS ha allestito il sistema di attribuzione "Suisse MED@P" (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous?" in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271). In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.). A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). 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). 2.5. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr.ssa _____), quella pneumologica (Dr. _____) e quella internistica-infettivologica (Dr. ssa _____). Globalmente, nel rapporto peritale del 28 novembre 2011, 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 seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: " Disturbo ventilatorio ostruttivo lieve con: -probabile BPCO GOLD 1; - verosimile asma allergica con attualmente reversibilità parziale; - stato da micobatteriosi polmonare tra il 2002-2004. Dispnea da sforzo NYHA II di origine multifattoriale: - nel contesto della diagnosi 1; decondizionamento fisico importante; non escludibile con sicurezza componente

d'ipertensione polmonare (nel contesto dell'HIV ed eventualmente dell'incipiente cirrosi epatica). Malattia HIV probabilmente stadio CDC C3 con: - diagnosi 1982; - infezione a micobatteri non tubercolari in marzo 2002; - grave cachessia, probabile wasting 2002; - polmonite batterica 2003; candidosi orale recidivante; - terapia antiretrovirale: attualmente D4T + 3TC + Saquinavir/Ritonarvir dal 2006; - CD4 attuali 693 cellule/ μ l, viremia attuale < 20 copie/ml (18.7.2011). Epatite cronica di genotipo 4 con probabile cirrosi epatica CHILD A: - epatopatia; - aumento delle alfafetoproteine a 40 ng/ml aprile 2010; 64,3 ng/ml luglio 2011 (vn <10); - epatomegalia, fegato a margini arrotondati, aspetto steatosico, splenomegalia (sonografia epatica aprile 2011) ” (doc. AI 42-15). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: “ Poliglobulia con il 22.3.2011: emoglobina 17,3 g/dl ed ematocrito 49,4% probabilmente nel contesto di 1 o 2. Stato da micobatteriosi atipica polmonare con: pregressa cachessia marcata, due recidive con trattamento antibiotico prolungato anche endovenoso con la risoluzione della problematica infettiva; probabili piccole bronchiectasie nel lobo medio a ds. come residuo. Disturbi cognitivi di attenzione, concentrazione e memoria con: - tono dell'umore deflesso in parte di origine reattiva; - possibile componente di encefalopatia HIV; - pregressa tossicodipendenza. - Pregresso abuso di sostanze psicoattive multiple, pregresso uso dannoso di etile, attualmente consumo di ca. 40-50 dl di alcol al giorno. Tabagismo attivo. Gonalgia, artroscopia al ginocchio sin. alcuni anni fa. Colecistolitiasi. Verruche alle mani. Rottura del timpano a sin. con ipoacusia. Pregressa epatite B. Stato dentale in pessime condizioni. Stato da tonsillectomia. Emorroidi ” (doc. AI 42-15+16). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 100% nell'ultima attività di carrozziere dal 1° ottobre 2010, mentre in un lavoro leggero l'abilità è del 50%, sempre dal 1° ottobre 2010 (doc. AI 42-21+22). Il caso è stato quindi aggiornato e sottoposto nuovamente al SAM, per valutazione, in data 23 aprile 2012 (doc. AI 62-1), 12 settembre 2012 (doc. AI 72-1) e 2 aprile 2013. Nel rapporto del 2 aprile 2013 i periti del SAM si sono espressi sul decorso dello stato di salute dell'assicurato, in questi termini: “(...) Con la presente e sulla base degli atti a nostra disposizione ci esprimiamo sul decorso dello stato di salute e sulla capacità lavorativa di questo A. Ricordiamo come nella nostra presa di posizione del 23.4.2012 per quanto riguarda la capacità lavorativa avevamo consigliato di mantenere le conclusioni della perizia SAM del 28.11.2011 fino all'11.11.2011. A partire dal 12 fino al 27.11.2011 (periodo d'ospedalizzazione dell'A.) andava ritenuto inabile al lavoro al 100%. In questa sede, quindi ci esprimeremo sulla capacità lavorativa dell'A. in un mestiere adatto a partire dal 28.11.2011. Ricordo come, per quanto riguarda la sua antecedente professione di operaio addetto alla manutenzione di autobus, l'A. veniva valutato inabile al lavoro in modo totale. Per quanto riguarda la problematica epatica in A. portatore di cirrosi epatica su epatite C cronica ed infezione di HIV, le lesioni al fegato si sono rivelate di natura benigna e non come inizialmente si pensava relativa ad un epatocarcinoma (dato rilevato dall'atto medico del 9.1.2013, in assenza però del referto di biopsia). L'A. è stato sottoposto ad intervento di epatectomia presso la _____ (atto 22.12.2012) dal 12.11 al 22.11.2012 (per questo periodo vale un'incapacità lavorativa totale). Per quanto riguarda la cura dell'epatite C, gli atti medici a nostra disposizione, soprattutto quello del Prof. Dr. med. _____, non ci informano se nel frattempo l'A. sia stato sottoposto a terapia anti epatite C con Interferone peghilato e Rivabirina per un periodo di 48 settimane così come era previsto (atto 29.2.2012). Oltre al periodo di incapacità lavorativa dovuto all'ospedalizzazione per l'intervento al fegato, qualora l'A. si fosse sottoposto alla terapia

anti epatite C, bisognerebbe considerare anche un'inabilità lavorativa durante il periodo delle cure di 48 settimane più ancora 15 giorni ca. per una ripresa dello stato generale dopo le cure. Per quanto riguarda il problema dell'HIV, il rapporto medico del 9.1.2013 ci informa che nel corso del 2012 non vi sarebbero stati episodi di infezioni opportunistiche maggiori o minori. Per quanto riguarda la problematica dermatologica e dei condilomi anali, secondo il rapporto medico del Dr. med. _____ del 28.5.2012 la situazione clinica si sta lentamente sanando. Non riteniamo che questa patologia infici sulla capacità lavorativa dell'A. Globalmente, dunque, sulla base degli atti a nostra disposizione possiamo confermare come vi sia stato un peggioramento dello stato di salute nel periodo compreso della degenza ospedaliera per l'intervento di epatocarcinoma dal 12 al 22.11.2012. Dalle informazioni a nostra disposizione non c'è dato di sapere se nel frattempo sia stata eseguita una terapia anti epatite C che prolungherebbe per un periodo di 48 settimane più 15 giorni l'incapacità lavorativa totale. Al di fuori di questi periodi lo stato di salute sembra essere rimasto invariato come da perizia SAM 2011" (doc. AI 95-4+5). Nel mese di maggio 2014, l'UAI ha quindi predisposto un'ulteriore valutazione psichiatrica da parte del Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS) che ha confermato l'inabilità al 100% nella precedente attività di carrozziere e indicato un'inabilità del 60% in attività adeguate dal 23 novembre 2012 (doc. AI 133-1). L'Ufficio AI ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato, in assenza di una perdita di guadagno (doc. AI 137-1).

2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non può confermare l'operato dell'amministrazione, per le ragioni che seguono.

2.6.1. Per quanto riguarda la patologia polmonare l'assicurato è stato sottoposto ad una valutazione specialistica da parte del Dr. _____, spec. FMH in malattie polmonari, il quale nel referto del 29 agosto 2011 ha posto la diagnosi di: " 1. Disturbo ventilatorio ostruttivo lieve con: - probabile BPCO GOLD 1; - verosimile asma allergica con attualmente reversibilità parziale; - stato da micobatteriosi polmonare tra il 2002-2004. 2. Dispnea da sforzo NYHA II di origine multifattoriale: - nel contesto della diagnosi 1 - decondizionamento fisico importante - non escludibile con sicurezza componente d'ipertensione polmonare (nel contesto dell'HIV ed eventualmente dell'incipiente cirrosi epatica) 3. Poliglobulia con il 22.3.2011: emoglobina 17,3 g/dl ed ematocrito 49,4% probabilmente nel contesto di 1 o 2. 4. Stato da micobatteriosi atipica polmonare con: - pregressa cachessia marcata, due recidive con trattamento antibiotico prolungato anche endovenoso con la risoluzione della problematica infettiva; - probabili piccole bronchiectasie nel lobo medio a ds. come residuo " (doc. AI 42-35). Secondo il Dr. _____ l'assicurato è inabile al 100%, quale verniciatore-carrozziere dal 2002, mentre dal punto di vista respiratorio è ritenuto abile al 100% in attività " con sforzi fisici molto lievi e soprattutto sedentari " (doc. AI 42-36+37). Il TCA non ha motivi per scostarsi da questa valutazione.

2.6.2. Per quanto riguarda la patologia internistica-infettivologica l'assicurato è stato sottoposto ad una valutazione specialistica da parte del Dr.ssa _____, vice-primario di medicina interna dell'Ospedale _____ di Locarno, la quale nella valutazione dell'8 agosto 2011 ha diagnosticato: " 1. Malattia HIV probabilmente stadio CDC C3 con: - diagnosi 1982; - infezione a micobatteri non tubercolari in marzo 2002; - grave cachessia, probabile wasting 2002; - polmonite batterica 2003; candidosi orale recidivante; - terapia antiretrovirale: AZT + DDI (97-99), fallimento virologico; D4T + 3TC + Indinavir 1999-3.2001; D4T+3TC + Saquinavir/Ritonavir dal 2006 a tuttora - CD4 attuali 693 cellule/ μ l, viremia attuale < 20

copie/ml (18.7.2011). 2. Epatite cronica di genotipo 4 con probabile cirrosi epatica CHILD A: - epatopatia; - aumento delle alfafetoproteine a 40 ng/ml aprile 2010; 64,3 ng/ml luglio 2011 (vn <10); - epatomegalia, fegato a margini arrotondati, aspetto steatosico, splenomegalia (sonografia epatica 4.2011). 3. Disturbi cognitivi di attenzione, concentrazione e memoria con: - tono dell'umore deflesso in parte di origine reattiva; - possibile componente di encefalopatia HIV; - pregressa tossicodipendenza. 4. Probabile BPCO: - abuso nicotino, 30 py; - bronchiti recidivanti. 5. Pregresso abuso di sostanze psicoattive multiple, pregresso uso dannoso di etile, attualmente consumo di ca. 40-50 dl di alcol al giorno. ” (doc. AI 42-28+29). Dal punto di vista della capacità lavorativa l'assicurato è ritenuto abile al 50% in un'attività leggera (doc. AI 42-32). Il TCA non ha motivi per scostarsi neppure da questa valutazione. 2.6.3. Per quanto riguarda infine la patologia psichiatrica, l'assicurato è stato sottoposto a una prima valutazione specialistica da parte della Dr.ssa _____, medico chirurgo – specialista in psichiatria, che in data 3 luglio 2011 non ha posto alcuna diagnosi psichiatrica rilevando che l'assicurato è pienamente abile in ogni attività (doc. AI 42-26). L'aspetto psichiatrico è stato tuttavia aggiornato nel 2012 tramite una valutazione del CPAS (cfr. consid. 2.8.4). 2.6.4. Globalmente i periti del SAM hanno quindi concluso che le conseguenze sulla capacità lavorativa dell'assicurato sono dovute alla patologia pneumologica ed infettivologica che determinano complessivamente un'inabilità lavorativa completa dal 1° ottobre 2010, ovvero dal momento che l'assicurato smette di lavorare. Mentre antecedentemente egli è ritenuto abile al 100%. In attività adeguate l'abilità lavorativa è invece del 50%, sempre dal 1° ottobre 2010, a causa della patologia infettiva (doc. AI 42-22). Nel rapporto finale del SMR del 5 dicembre 2011 il Dr. _____ ha ripreso le conclusioni del SAM (doc. AI 43-1). Il SAM ha quindi aggiornato lo stato di salute dell'assicurato, una prima volta il 23 aprile 2012, quando i periti hanno confermato le conclusioni della perizia SAM sino all'11 novembre 2011 e fissato un'inabilità lavorativa del 100% dal 12 al 27 novembre 2011, a causa dell'ospedalizzazione di RI 1 (doc. AI 62-1), poi il 12 settembre 2012 (doc. AI 72-1) e infine in data 2 aprile 2013. In quest'ultimo rapporto i periti hanno indicato un'inabilità lavorativa del 100% dal 12 al 22 novembre 2012, per un intervento di epatectomia subito dal ricorrente. Al di fuori dei periodi indicati il SAM ha confermato la valutazione del 28 novembre 2011 (doc. AI 95-4+5). 2.6.5. Vista la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato, l'amministrazione, nel mese di maggio 2014, ha predisposto una nuova valutazione psichiatrica ad opera della Dr.ssa _____ del Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS) (doc. AI 130-1, 131-1). Nella perizia del 18 giugno 2014 la Dr.ssa _____ ha diagnosticato con ripercussioni sulla capacità lavorativa una “Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media (ICD 10; F33.1)” (doc. AI 133-11). A mente della perita, RI 1 è inabile al lavoro al 100% nella sua precedente professione di verniciatore-carrozziere, mentre in attività adeguate l'inabilità è del 60% (doc. AI 133-13). Nel rapporto finale SMR dell'11 luglio 2014 il Dr. _____ ha quindi riassunto i periodi di inabilità lavorativa come segue (doc. AI 134-3): Nella precedente attività svolta: 100% dal 1° ottobre 2010. In attività adeguate: 50% dal 1° ottobre 2010; 100% dal 12 novembre 2011; 50% dal 28 novembre 2011; 100% dal 12 novembre 2012; 60% dal 23 novembre 2012. 2.7. Alla luce della documentazione medica suindicata, il TCA non condivide le conclusioni alle quali è giunta l'amministrazione, dato che i diversi specialisti – in particolare quelli del SAM unitamente a quelli del CPAS – non hanno esaminato, tramite una discussione collegiale, la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati dal profilo somatico e da quello psichiatrico. Il

TCA rileva, innanzitutto, che nel referto peritale del 28 novembre 2011 i periti del SAM hanno chiaramente indicato che l'assicurato presenta delle patologie di origine somatica che influiscono sulla sua capacità lavorativa residua: “ Le limitazioni constatate sono dovute alla patologia pneumologica ed infettivologica ”. A quel momento, dal lato psichiatrico non vi era inabilità lavorativa (doc. AI 42-21). Dunque, nel novembre 2011 vi era un'inabilità lavorativa completa, dal 1° ottobre 2010 nell'attività abituale, e un'abilità lavorativa del 50% in attività adeguate, a causa della patologia infettiva (doc. AI 42-22). Nel mese di maggio 2014, l'UAI ha però predisposto una nuova valutazione psichiatrica ad opera della Dr.ssa _____, la quale ha ritenuto RI 1 inabile al lavoro al 100% nella sua precedente professione di verniciatore-carrozziere e inabile al 60% in attività adeguate (doc. AI 133-13). Nonostante i periti del SAM abbiano specificatamente riconosciuto che la capacità lavorativa residua dell'assicurato subisca delle limitazioni dal lato somatico, l'amministrazione ha poi omesso – in contrasto con la chiara giurisprudenza del Tribunale federale – di procedere ad una discussione collegiale, dopo gli esiti della valutazione psichiatrica della Dr.ssa _____, volta a stabilire il grado di incapacità lavorativa globale dell'interessato, tenuto conto di tutti gli aspetti invalidanti. A proposito della valutazione globale delle patologie, va 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. CFPG, 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, questo Tribunale 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. In una sentenza 9C_262/2013 del 5 giugno 2013 il Tribunale federale ha stabilito che la valutazione globale delle patologie dell'assicurato può anche essere effettuata per via di circolazione. In una sentenza 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 il Tribunale federale ha annullato il giudizio di questa Corte che aveva stabilito direttamente l'entità del cumulo delle percentuali di inabilità lavorativa negli ambiti neurologico e reumatologico e fissato al 40% il tasso d'incapacità lavorativa globale. Secondo l'Alta Corte, il TCA poteva senza arbitrio dubitare dell'attendibilità della valutazione del SAM sul grado complessivo di incapacità lavorativa, ma non poteva fissare autonomamente, in mancanza di dati medico-specialistici al riguardo, l'entità del cumulo, essendo questa una questione di ordine squisitamente medico. La questione è stata affrontata e risolta dal Presidente del TCA in udienza, nel corso della quale il perito neurologo e quello reumatologo, dopo discussione, hanno nuovamente ribadito i motivi per cui ritengono che i due gradi di inabilità siano, seppure in misura estremamente ridotta, cumulabili ed hanno concluso che da un profilo medico questa cumulabilità sia ragionevolmente fissabile tra il 5 e il 10%. Le parti sono quindi giunte ad una soluzione transattiva della vertenza (cfr. decreto di stralcio, inc. 32.2014.116). In una sentenza 32.2014.112 del 24 novembre 2014, cresciuta incontestata in giudicato, il TCA, dopo avere interpellato la Dr.ssa _____ del SAM in merito alle modalità della discussione globale, ha già avuto modo di considerare corretta una discussione plenaria eseguita dai periti del SAM per il tramite di teleconferenza. Ad un'analogha conclusione il TCA è giunto nella sentenza 32.2012.55 del 29 gennaio 2015, cresciuta incontestata in giudicato. Ora, nella fattispecie oggetto della presente controversia, il TCA constata che, nonostante le molteplici patologie che affliggono l'interessato, con influenza sulla sua capacità lavorativa, una discussione fra tutti gli specialisti interessati – di fondamentale importanza, è bene ribadirlo – non ha avuto luogo dopo la valutazione psichiatrica della Dr.ssa _____ del CPAS che ha ritenuto RI 1 inabile al lavoro al 100% nella sua precedente professione di verniciatore-carrozziere e soprattutto inabile al 60% in attività adeguate (doc. AI 133-13). Agli atti figura unicamente il rapporto finale del Dr. _____ del SMR che riassume la situazione medica, le diagnosi e i periodi di inabilità lavorativa (vedi consid. 2.6.5.), senza alcuna indicazione circa la valutazione globale delle patologie che affliggono l'assicurato. Va inoltre evidenziato che nel rapporto del 14 aprile 2014 il medico curante dell'assicurato, Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha indicato di seguire il paziente dal mese di novembre 2011, ovvero poco dopo il consulto psichiatrico con la Dr.ssa _____, fissando un'inabilità al lavoro completa (100%). In simili condizioni, secondo questo Tribunale non è possibile - senza prima procedere ad un complemento peritale da parte di dei periti del SAM e del CPAS che hanno avuto modo di valutare l'interessato - concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurato, tenuto conto degli aspetti pneumologici, infettivi e psichici, giustifichi una capacità lavorativa globale del 60% in attività adeguate dal 23 novembre 2012 come indicato dal Dr. _____ del SMR (cfr. rapporto dell'11 luglio 2014, doc. AI 134-1) e ripreso nella decisione impugnata (doc. AI 137-1). 2.8. Nella già citata sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.4.) 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 e del CPAS che hanno avuto modo di visitare il ricorrente, inteso a delucidare l'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati in ambito pneumologico, infettivo e psichiatrico. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato.

2.9. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, rappresentato dall'RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili.

2.10. 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.