

## **TI\_GERICHTE 32.2017.135 vom 22. August 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-08-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.135)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.135 du 22 août 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.135 del 22 agosto 2017

### **Regeste**

Conferma della perizia SAM limitatamente all'aspetto somatico. Rinvio atti all'amministrazione perché, effettuati i necessari accertamenti medici e aggiornati i dati economici, si pronunci nuovamente sulla revisione intrapresa nel luglio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

è stato operato di macroadenoma ipofisario a \_\_\_\_\_ in data 11.9.2012. Dal punto di vista oculare, circa tre giorni prima dell'intervento, aveva iniziato a lamentare una diplopia mentre, dopo l'intervento, aveva sofferto di un'importante calo dell'acutezza visiva persistente ancora oggi unicamente all'OS. Oltre a questo calo dell'acutezza visiva persistono fotofobia, fosfeni OS>OD in particolar modo all'oscurità e dolori ai movimenti oculari laterali. Prima dell'intervento il Signor RI 1 era parrucchiere e praticava assiduamente arti marziali". L'esame oftalmologico del 18.8.2015 ha mostrato il seguente referto: "Acutezza visiva da lontano non corretta: 1,0 OD, inferiore a 0,05 OS. Acutezza visiva da lontano corretta: 1,2 OD con c - 0,75/175°, non migliorabile OS. Acutezza visiva da vicino senza correzione: 1,25 OD, inferiore a 0,16 OS. Acutezza visiva da vicino con correzione: 0,16 OS con s + 1,25 c - 1,5/175° Pressioni antraoculari all'appianazione nella noma: 18 mmHg. Segmenti anteriori calmi con cristallini trasparenti. Pupille tonde, mobili, l'esame dei riflessi pupillari non ritrova un chiaro deficit afferente OS. Fondi oculari in midriasi: il nervo ottico OS mostra un'escavazione leggermente aumentata. Regioni maculari senza particolarità, retine periferiche nella norma. Campo visivo computerizzato: all'OS è evidente una perdita dell'emicampo temporale praticamente completa con spiccio di sensibilità residua temporale inferiore. Campo visivo OD nella norma. Esame ortottico: visione stereoscopica assente. Motilità libera. Convergenza difficile da sollecitare, possibile sino a 7-8 cm da naso quando OS rilascia. Cover test con riflessi corneali simmetrici sia da lontano che da vicino, l'A. non fissa con OS ed è molto disturbato dalla luce". Sulla base di queste constatazioni il nostro consulente pone la diagnosi di una neuropatia ottica bilaterale nettamente predominante all'occhio sin., valutando l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista oftalmologico, nella misura dello 0% nell'attività quale parrucchiere (a causa del deficit del campo visivo) mentre è presente un potenziale d'integrazione con capacità lavorativa piena in tutte quelle attività che non necessitano di una visione perfetta ed in particolare di un campo visivo integro. Patologia psichiatrica In questo ambito l'A. è stato valutato dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_ (consulto allegato). Dopo aver descritto l'anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, il nostro consulente giunge alle seguenti conclusioni. " \_\_\_\_\_ L'A. è riuscito a riemergere da una esperienza di vita traumatica grazie al suo spirito positivo e ai suoi sforzi che gli hanno consentito di superare tutte le difficoltà incontrate nel corso della

riabilitazione ma anche quelle relative alla accettazione delle limitazioni causate dal danno organico subito. Finché ha lavorato l'A. ha tratto piacere dalla sua occupazione di parrucchiere non svolta all'unico scopo di ricavare un guadagno lucrativo ma con lo spirito di chi svolge piuttosto un hobby svolgendola quindi con assiduità e come se fosse una attività piacevole e leggera. Accanto alla soddisfazione di essere riuscito a superare i momenti difficili rimane nell'A. l'amarezza legata all'aver riscontrato a più riprese delle incongruenze e delle mancanze di professionalità nella condotta medica del suo caso. Attualmente l'A. quasi a pareggiare l'aspettativa disattesa patita si trova nell'attesa di una comprensione da parte dei medici curanti dai quali pretende di ricevere un sostegno e un dialogo aperto che gli consenta di mantenere una condizione di equilibrio nonostante la presenza della sofferenza psicologica legata alla evoluzione del suo caso. Per l'A. è importante mantenere bene allenate le sue facoltà e questo allo scopo di rimanere in uno stato di controllo e di quasi allerta che ritiene necessario per mettere da parte le frustrazioni patite che sono fonte di dispiacere e che rimangono comunque presenti sul fondo della sua coscienza psicologica". Sulla base di queste considerazioni il nostro consulente pone la diagnosi di un disturbo posttraumatico da stress evoluto in sindrome da disadattamento cronico valutando l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 90% in qualunque attività lucrativa e nella misura del 100% come casalingo. (...)" (doc. AI 91/274-278) Visti tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) L'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A., nell'attività da ultimo esercitata come parrucchiere indipendente è considerato nella misura dello 0%. (...)" (doc. AI 91/278) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA 8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? Dal punto di vista oftalmologico il nostro consulente pone la diagnosi di una neuropatia ottica bilaterale nettamente predominante all'occhio sin., valutando un'incapacità lavorativa nella misura del 100% quale parrucchiere a causa del deficit del campo visivo. La diminuzione della capacità lavorativa è giustificata dal fatto che dal punto di vista funzionale visivo l'A. presenta una marcata limitazione del campo visivo temporale occhio sin. che gli impedisce di tornare ad effettuare il suo precedente lavoro di parrucchiere senza mettere in pericolo l'incolumità dei clienti. Come risulta evidente sul campo visivo computerizzato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ realizzato il 18.8.2015, vi è una netta amputazione del campo visivo temporale all'occhio sin. Il nostro consulente in neurologia ritiene che l'A. presenti una complessa sintomatologia neurologica caratterizzata da aumento del tono muscolare, disturbi della motricità al braccio e alla gamba ds., deficit sensitivi multimodali a ds. e disturbi alla marcia che non sono in gran parte riconducibili ad una problematica neurologica organica ma in prima ipotesi di origine funzionale nell'ambito di una problematica conversiva. Il nostro consulente non ritiene d'altro canto che vi sia una simulazione. Siamo dunque confrontati con una sintomatologia neurologica clinica sicuramente importante e che porta a limitazioni funzionali rilevanti, pur non essendovi una base organica all'origine dei sintomi. Confrontando quanto si rileva attualmente all'esame clinico con le descrizioni dei sintomi nella documentazione ed in particolare con varie valutazioni neurologiche si può affermare che non vi sono modifiche rilevanti della situazione clinica rispetto all'agosto 2013, quando era stata concessa per la prima volta una rendita d'incapacità lavorativa del 100%. Pur con modifiche di alcuni dettagli clinici, come spesso si rileva in situazioni non spiegate da

patologie organiche, risulta comunque una sintomatologia deficitaria sensitivomotoria complessa che compromette in modo molto rilevante attività che necessitino di una motricità fine intatta con gli arti superiori, posizione eretta prolungata, deambulazione sicura. Per qualunque attività di questo tipo vi è un'incapacità lavorativa valutabile praticamente al 100% e questo vale anche per l'attività di parrucchiere da ultimo svolta dall'A. Tenendo presente d'altro canto che gran parte dei sintomi da lui presentati non è riferibile ad una patologia organica si può ipotizzare che vi siano almeno teoricamente riserve fisiche che potrebbero portare, in una situazione lavorativa adeguata, verosimilmente anche con un supporto psicologico, ad una possibilità di reintegrazione in un'attività lavorativa in misura valutabile all'incirca al 50% dal punto di vista teorico. Un'attività adatta dovrebbe comunque tener conto dei sintomi descritti, soprattutto delle difficoltà motorie e sensitive presentate dall'A. all'emicorpo ds. (lato dominante) e dunque non implicare la necessità di camminare e stare in piedi a lungo, né una manualità fine intatta. Con un adeguato supporto reintegrativo, che incoraggi anche l'A. a superare le sue difficoltà, si potrebbe ipotizzare il raggiungimento di questo obiettivo. Trattandosi però di una situazione molto complessa il Dr. med. \_\_\_\_\_ ritiene indispensabile che gli aspetti reintegrativi vengano valutati da un esperto in integrazione professionale direttamente dal punto di vista pratico e che vengano fatte delle proposte concrete all'A. valutando poi quali siano le possibilità effettive di una reintegrazione professionale. Pensa che solo con quest'ultima misura pratica si potrà effettivamente definire se la capacità lavorativa teorica del 50% possa essere veramente messa in atto. Dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente pone la diagnosi di un disturbo postraumatico da stress evolutosi in sindrome da disadattamento cronico valutando che dal lato strettamente psichiatrico nelle condizioni attuali l'A. sia da ritenere inabile al lavoro nella misura del 10% in qualunque attività lucrativa. La diminuzione della capacità lavorativa è giustificata dal fatto che le limitazioni funzionali constatate consistono in una riduzione delle facoltà cognitive e nelle difficoltà di adattamento alla situazione venutasi a creare dopo l'intervento di estirpazione della massa tumorale a livello cerebrale.

8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. Sulla base di quanto descritto al punto 8.1.1, l'attuale capacità lavorativa globale nell'attività abituale è da considerare nella misura dello 0%.

8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. 0%.

8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Vedi sopra.

8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. -.-

8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Nel rapporto del Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI del 21.7.2014 viene descritta un'incapacità lavorativa nella misura del 100% e con decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 22.10.2014 all'A. era stata attribuita una rendita AI intera, grado 100%, a decorrere dall'1.8.2013: da allora la situazione clinica oggettiva è rimasta essenzialmente invariata e l'incapacità lavorativa nella misura del 100% come parrucchiere è rimasta invariata sino ad oggi e continua.

9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE

9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata

9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia

un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Dal punto di vista oftalmologico, secondo il nostro consulente è presente un potenziale d'integrazione professionale con capacità lavorativa piena in tutte quelle attività che non necessitano di una visione perfetta ed in particolare di un campo visivo integro (ciò esclude tutte quelle attività professionali che necessitano la guida di autoveicoli). Secondo il nostro consulente in neurologia i disturbi neurologici presenti rendono sicuramente difficoltoso mettere in atto provvedimenti d'integrazione o riformazione professionale. Tenendo però presente il fatto che i sintomi e i deficit descritti non sono riconducibili ad una patologia neurologica organica e che dunque teoricamente questi potrebbero anche migliorare in una situazione favorevole anche dal punto di vista psichico, pensa che teoricamente si possa ipotizzare una capacità lavorativa del 50% in un'attività adatta che tenga conto di tutti i sintomi descritti e dunque che non necessiti di posizione eretta prolungata, di spostamenti a piedi, di una manualità fine intatta. Il nostro consulente ritiene che l'A. presenti una complessa sintomatologia neurologica caratterizzata da aumento del tono muscolare, disturbi della motricità al braccio e alla gamba ds., deficit sensitivi multimodali a ds. e disturbi alla marcia che non sono in gran parte riconducibili ad una problematica neurologica organica ma in prima ipotesi di origine funzionale nell'ambito di una problematica conversiva. Il nostro consulente non ritiene d'altro canto che vi sia una simulazione. Siamo dunque confrontati con una sintomatologia neurologica clinica sicuramente importante e che porta a limitazioni funzionali rilevanti, pur non essendovi una base organica all'origine dei sintomi. Confrontando quanto si rileva attualmente all'esame clinico con le descrizioni dei sintomi nella documentazione ed in particolare con varie valutazioni neurologiche si può affermare che non vi sono modifiche rilevanti della situazione clinica rispetto all'agosto 2013, quando era stata concessa per la prima volta una rendita d'incapacità lavorativa del 100%. Pur con modifiche di alcuni dettagli clinici, come spesso si rileva in situazioni non spiegate da patologie organiche, risulta comunque una sintomatologia deficitaria sensitivomotoria complessa che compromette in modo molto rilevante attività che necessitino di una motricità fine intatta con gli arti superiori, posizione eretta prolungata, deambulazione sicura. Per qualunque attività di questo tipo vi è un'incapacità lavorativa valutabile praticamente al 100% e questo vale anche per l'attività di parrucchiere da ultimo svolta dall'A. Tenendo presente d'altro canto che gran parte dei sintomi da lui presentati non è riferibile ad una patologia organica si può ipotizzare che vi siano almeno teoricamente riserve fisiche che potrebbero portare, in una situazione lavorativa adeguata, verosimilmente anche con un supporto psicologico, ad una possibilità di reintegrazione in un'attività lavorativa in misura valutabile all'incirca al 50% dal punto di vista teorico. Un'attività adatta dovrebbe comunque tener conto dei sintomi descritti, soprattutto delle difficoltà motorie e sensitive presentate dall'A. all'emicorpo ds. (lato dominante) e dunque non implicare la necessità di camminare e stare in piedi a lungo, né una manualità fine intatta. Con un adeguato supporto reintegrativo, che incoraggi anche l'A. a superare le sue difficoltà, si potrebbe ipotizzare il raggiungimento di questo obiettivo. Trattandosi però di una situazione molto complessa il Dr. med.

\_\_\_\_\_ ritiene indispensabile che gli aspetti reintegrativi vengano valutati da un esperto in integrazione professionale direttamente dal punto di vista pratico e che vengano fatte delle proposte concrete all'A. valutando poi quali siano le possibilità effettive di una reintegrazione professionale. Pensa che solo con quest'ultima misura pratica si potrà effettivamente definire se la capacità lavorativa teorica del 50% possa essere veramente messa in atto. Dal punto di vista psichiatrico, come già descritto nei capitoli precedenti, vi è una capacità lavorativa nella misura del 90% in qualunque attività lucrativa. Si ritiene che

tutte le inabilità lavorative descritte dai consulenti non vadano sommate ma integrate, in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali che si sovrappongono.

9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. Sulla base di quanto descritto al punto 9.1.1, dal punto di vista puramente medico-teorico, in un'ipotetica attività adeguata vi sarebbe una capacità lavorativa globale nella misura del 50%.

9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Va inteso come riduzione del tempo di lavoro e/o del rendimento, a seconda delle esigenze e delle possibilità dell'A. e del posto di lavoro.

9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Vedi sopra.

9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Eventuali pause supplementari sono già state conteggiate.

9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? Si ricorda che con decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 22.10.2014 all'A. è stata attribuita una rendita AI intera, grado 100%, a decorrere dall'1.8.2013. Da allora la situazione clinica oggettiva è rimasta essenzialmente invariata. L'attuale valutazione della capacità lavorativa vale a partire da luglio 2015.

9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. Si ritiene che per l'attività di casalingo le limitazioni siano tutto sommato minime.

9.2 Reintegrazione professionale

9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? I disturbi neurologici presenti rendono sicuramente difficoltoso mettere in atto provvedimenti d'integrazione o riforma professionale. Tenendo però presente il fatto che i sintomi e i deficit descritti non sono riconducibili a una patologia neurologica organica e che dunque teoricamente questi potrebbero anche migliorare in una situazione favorevole anche dal punto di vista psichico. Il nostro consulente pensa che teoricamente si possa ipotizzare una capacità lavorativa del 50% in un'attività adatta che tenga conto di tutti i sintomi descritti e dunque che non necessiti di posizione eretta prolungata, di spostamenti a piedi, di una manualità fine intatta. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ritiene importante però che questi aspetti vengano valutati direttamente da un esperto in integrazione professionale e che si effettui anche una valutazione dal punto di vista pratico con attività proponibili così da poter meglio valutare in che misura i deficit neurologici descritti influiscano sulla capacità lavorativa del paziente e se vi sia effettivamente un margine del 50% almeno di ripresa di un'attività professionale adatta.

9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito.

9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Devono essere rispettate le limitazioni descritte al punto 9.1.1.

9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Vedi punto 9.2.1.

9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A.

9.3.1 Adeguatezza della terapia attuale, esigibilità di una terapia adeguata secondo le linee guida? Secondo il nostro consulente in oftalmologia per quel che concerne la situazione visiva non vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute in quanto la lesione compressiva del nervo ottico ha prodotto una perdita di cellule neuronali definitiva. Secondo il nostro consulente in neurologia è importante proseguire con le misure riabilitative, che accompagnino l'A. e lo incoraggino a superare e riuscire a gestire le

difficoltà motorie presenti. Secondo il nostro consulente in psichiatria è consigliabile, visti i miglioramenti della sintomatologia psichica riscontrati, che l'A. continui ad assumere la terapia psicofarmacologica di mantenimento che gli è stata prescritta. La decisione di sospendere le consultazioni psichiatriche è stata presa consensualmente alcuni mesi orsono per cui non essendo intervenuti da allora cambiamenti sostanziali nello stato di salute psichico non vede la necessità di riprendere il trattamento specialistico.

9.3.2 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Dal punto di vista oftalmologico non vi è più da attendersi un miglioramento della situazione. Secondo il nostro consulente in psichiatria è prevedibile che il caso, non potendo contare su di un'evoluzione clinica favorevole, proceda verso una cronicizzazione dei disturbi accusati dall'A. Secondo il nostro consulente in neurologia l'evoluzione ormai sull'arco di oltre due anni fa presupporre che un miglioramento significativo potrà difficilmente verificarsi e necessiterà di un accompagnamento riabilitativo intensivo adeguato.

9.3.3 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) -.-

10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

10.1 Altri quesiti del medico SMR. Non ce ne sono.

10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Non ce ne sono. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 91/278-285)

Viste le succitate risultanze mediche, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 27 novembre 2015 (doc. AI 93/309-311), ha confermato per l'attività abituale di parrucchiere indipendente un'incapacità lavorativa totale dal 16 agosto 2012 in avanti e, in un'attività adeguata, un'incapacità lavorativa (riduzione del rendimento) del 100% dal 16 agosto 2012 al 30 giugno 2015 e del 50% dal 1. luglio 2015 in avanti. Lo stesso medico SMR ha osservato che "(...) il quadro clinico oggi è da considerare definitivo e stabilizzato, senza possibilità di recidive, migliorato a differenza di qualche anno (ndr. recte: anno) fa, dove era caratterizzato anche da disturbi dell'equilibrio, vertigini, nausea, che oggi non vengono più descritti. Ciò ci ha permesso una descrizione precisa dell'esigibilità residua lavorativa da un punto di vista medico. Provvedimenti professionali auspicati. (...)" (doc. AI 93/311).

L'assicurato, tramite l'avv. RA 1, con osservazioni del 9 giugno 2017 (doc. AI 111/350-359), ha contestato la valutazione medica producendo ulteriore documentazione (cfr. doc. AI 111/360-385). Il SAM, interpellato dall'Ufficio AI su indicazione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 112/386 e 114/388), nel complemento del 17 agosto 2017 (doc. AI 117/411-416) ha precisato che "(...) in riferimento alla perizia medica interdisciplinare del 25.11.2015 effettuata presso il SAM di Bellinzona, ci ha inviato delle osservazioni da parte del rappresentante legale con relativi allegati (osservazioni del 9.8.2017 dell'Avv. RA 1, Studio legale e notarile Avv. \_\_\_\_\_; rapporto dell'11 e 29.5.2017 del Dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; rapporto del 30.5 e 20.12.2016 dell'ergoterapista sig.ra \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; rapporto del 9.4.2015 della Clinica \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; rapporto neuropsicologico del 30.4.2015 della Clinica \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; rapporto del 31.5 e 18.10.2013 del Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; rapporto del 17.2.2017 dell'ambulatorio di neurologia e neurofisiologia clinica, Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, sede \_\_\_\_\_; rapporto del 15.1.2015, 26.11.2014 e 7.6.2017 del Dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) inoltrati nell'ambito delle osservazioni al progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino, documentazione che abbiamo inoltrato al nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH neurologia a

\_\_\_\_\_ , che con il suo rapporto del 31.7.2017 ha fatto pervenire la sua presa di posizione che riportiamo integralmente e con cui ci allineiamo: "In riferimento alla pratica concernente questo A. (Assicurato) ho preso atto della documentazione nel frattempo pervenuta. Ricordo che ho esaminato l'A. dal punto di vista neurologico nell'ambito di una perizia pluridisciplinare il 6 agosto 2015. Si giungeva alla diagnosi di complessa sintomatologia neurologica con tremore intermittente ed ipertono muscolare variabile, principalmente all'emicorpo destro, disturbi motori all'emicorpo destro, deficit ,di sensibilità faciobrachiocrurale a destra multimodale, non spiegata primariamente da patologia neurologica organica ma in prima ipotesi di origine conversiva. Un'origine esclusivamente organica dei sintomi era ritenuta improbabile, vista una netta discrepanza tra i sintomi presentati dal paziente e la normalità di altre indagini, in particolare la RM cerebrale. A questo proposito si sottolinea il fatto che il paziente è stato operato per un macroadenoma dell'ipofisi ma che il parenchima cerebrale ha sempre mostrato un reperto normale anche in fase postoperatoria, quindi senza lesioni evidenti delle strutture cerebrali che controllano le funzioni motorie e la sensibilità. Abbiamo ora a disposizione una presa di posizione del medico curante Dott. \_\_\_\_\_ , medicina generale e medicina manuale FMH, del 29 maggio 2017. Il dott. \_\_\_\_\_ riprende alcuni dati della precedente documentazione, non porta nuovi argomenti concernenti la situazione clinica al di fuori del fatto che un rapporto di ergoterapia del 20.12.2016 descrive una crescente difficoltà nella memoria e nell'attenzione, aspetti comunque non meglio documentati e di nuovo difficilmente spiegabili con quanto descritto in precedenza a livello cerebrale. In effetti è difficile spiegarsi disturbi cognitivi in peggioramento con l'intervento subito dal paziente e con i reperti neurologici e neuroradiologici citati. Abbiamo anche una lettera del Dott. \_\_\_\_\_ , specialista FMH Neurologia, datata 7.6.2017. Da quanto si evince da questa lettera il Dott. \_\_\_\_\_ non ha rivisto il paziente dopo il 15.01.2015. Le sue affermazioni riferite al quadro clinico attuale del paziente si basano sul rapporto del Servizio di Neurologia del \_\_\_\_\_ del 17.02.2017. La valutazione al \_\_\_\_\_ , avvenuta il 10.02.2017, è stata eseguita con la domanda specifica concernente la prescrizione del medicamento Sativex, utilizzato nel trattamento della spasticità. Viene descritto il quadro neurologico clinico, alla pagina 2, descrizione di sette righe complessive. Si descrive uno stato "in ordine" dei nervi cranici: nella mia valutazione all'esame del 6 agosto 2015, riscontravo un deficit della sensibilità al viso a destra, il paziente inoltre sporgeva la lingua, dapprima deviando verso destra e poi al secondo tentativo la sporgeva correttamente. E' descritto un ipertono plastico al braccio e alla gamba destra, reperto che riscontravo anche alla mia valutazione, descritto comunque come molto variabile, a tratti estremamente aumentato e in altri momento quasi nella norma. Riscontravo anche da parte mia un certo rallentamento della diadococinesi (nel rapporto del \_\_\_\_\_ descritta lieve bradicinesia): anche in questo caso da sottolineare il reperto descritto come lieve. La sensibilità presso il \_\_\_\_\_ è descritta come normale, mentre alla mia valutazione in agosto 2015 riscontravo un deficit sensitivo per tutte le qualità al braccio destro ed anche alla gamba destra, in particolare era abolita la pallestesia (sensibilità vibratoria): quest'ultimo reperto è particolarmente difficile da spiegare dal punto di vista anatomico visto quanto altrimenti riscontrato agli esami clinico e neuroradiologici. Il fatto che nella valutazione del \_\_\_\_\_ la sensibilità vibratoria sia descritta come normale porta un ulteriore elemento discordante nella valutazione clinica indicativo di un miglioramento rispettivamente di un'origine non organica del reperto da me descritto nell'agosto 2015. Anche la prova indice/naso è descritta come normale mentre da parte mia trovavo una lieve

dismetria. Infine la stazione eretta e la deambulazione sono descritte come nella norma, mentre alla mia valutazione riscontravo una marcia con trascinarsi di entità variabile della gamba destra, movimenti del braccio destro diminuiti durante la marcia, marcia sui talloni e sulle punte difficoltosa, saltelli su una gamba pure molto difficoltosi. Al di là del fatto che nella valutazione del \_\_\_\_\_ non vengono discussi i reperti clinici e la loro possibile origine in modo dettagliato, le discrepanze tra l'esame clinico descritto al \_\_\_\_\_ e quanto da me constatato sono comunque rilevanti. Sicuramente quanto descritto al \_\_\_\_\_ il 10.02.2017 non corrisponde ad un peggioramento dello stato neurologico ma semmai ad un miglioramento e a questo proposito mi riferisco ai dettagli della valutazione clinica discussi pocanzi. Inoltre le differenze evidenti tra i due reperti clinici sono un ulteriore indizio in favore del fatto che non ci troviamo di fronte ad una patologia spiegabile primariamente da lesioni neurologiche organiche: in effetti le variazioni dei reperti clinici (soprattutto le variazioni dei dati concernenti la sensibilità, che chiaramente sono dipendenti anche dalle affermazioni del paziente durante l'esame clinico), sono un tipico elemento riscontrato in pazienti con problemi funzionali. Sicuramente per quel che riguarda gli aspetti neurologici, non si può parlare, anche alla luce di quanto descritto nel rapporto del \_\_\_\_\_ in febbraio 2017 (rapporto sul quale si basa la lettera del Dott. \_\_\_\_\_ del 07.06.2017) di un peggioramento ma semmai addirittura di un miglioramento dei reperti clinici. Penso anzi che sia ancora più giusto affermare che si tratta di fluttuazioni dei reperti nell'ambito di una sintomatologia di origine primariamente reversibile e non dovuta a lesioni organiche neurologiche. Si era ugualmente tenuto conto, nella valutazione del 2015, dei reperti importanti presenti e di conseguenza si era giunti ugualmente a ritenere l'A. inabile al lavoro al 100% per l'attività di parrucchiere. Per un'attività adatta, invece, si ipotizzava una capacità lavorativa del 50% dal punto di vista neurologico. Ritengo dunque che la documentazione più recente a disposizione non porti a modificare questa valutazione e soprattutto ad affermare che si è verificato un peggioramento dal punto di vista neurologico." In conclusione, sulla base di quanto descritto sopra, secondo il nostro consulente in neurologia la documentazione prodotta non apporta elementi tali da modificare le conclusioni contenute nella perizia medica interdisciplinare del 25.11.2015, eseguita presso il SAM di Bellinzona. (...)" (doc. AI 117/411-413). L'insorgente, nell'ambito della presente procedura, ha prodotto nuova documentazione medica. Riguardo al rapporto 30 agosto 2017 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. E) il dr. \_\_\_\_\_, capo SMR, nell'annotazione del 18 settembre 2017, ha rilevato che "(...) ho preso nozione del rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 30.08.2017, il quale conferma la stazionarietà nel tempo della situazione medica, non aggiunge nuove informazioni rispettivamente non segnala modificazioni significative di fatti noti. Concordo con le conclusioni SAM esaustive e complete. (...)" (VI/1). In merito alla lettera di dimissioni del 23 settembre 2017 del Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. I), con la risposta di causa, l'Ufficio ha precisato che "(...) dalla lettera di dimissione del Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ risulta che "Il paziente viene dimesso in condizioni generali buone". Ad ogni buon conto, l'eventuale controllo specialistico di natura neurologica al quale si sottoporrà l'assicurato verrà - se del caso - sottoposto per esame al Servizio medico regionale dell'Al (SMR) in corso di causa. (...)" (X, pag. 2). Quanto alla documentazione medica di natura psichiatrica ( il certificato 29 novembre con rapporto di degenza 18 settembre 2017 della clinica \_\_\_\_\_ sub doc. M/2 e L e il rapporto medico 16 gennaio 2018 della dr.ssa \_\_\_\_\_ sub doc. M/1 ) il dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 22 gennaio 2018, ha concluso che "(...) alla luce del

certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ rispettivamente del ricovero stazionario, non rimane altro che procedere con aggiornamento degli atti psichiatrici e perizia di decorso presso il SAM. (...)” (XIX/1). 2.6. 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.

### **E. 1.1**

e 1.2) – non era semplice. Sono stati difatti eseguiti complessi accertamenti medici pluridisciplinari (cfr. la perizia del SAM del 25 novembre 2015 sub doc. AI 91/254-308) ed, in un caso retto dal principio inquisitorio, è stato comunque necessario esperire un complemento peritale il 17 agosto 2017 sempre a cura del SAM (cfr. doc. AI 117/411-416), successivamente al precitato progetto di decisione, proprio a seguito delle osservazioni inoltrate dall'avvocato (cfr. doc. AI 111/350-385), che è intervenuto in causa a far tempo dal 12 maggio 2017 (cfr. doc. AI 107/346). Tramite l'intervento del legale si è potuta rilevare la necessità di ulteriori accertamenti medici (con particolare riferimento alla complessità della patologia psichiatrica; cfr. consid. 2.8.2.2) come pure la circostanza che l'amministrazione si è espressa prematuramente in merito alla capacità lavorativa medico teorica residua in un'attività adeguata avendo ommesso di mettere in atto l'esecuzione di un accertamento professionale (pratico) così come indicato dai periti del SAM (cfr. consid. 2.8.2.4) e fatto valere dal legale in sede di osservazioni (cfr. doc. AI 111/350-359, in particolare il punto 23 sub doc. AI 111/355). In questo senso, in sede di risposta, l'amministrazione stessa ha postulato il rinvio degli atti per eseguire un accertamento professionale (pratico) al fine di definire l'effettiva capacità lavorativa in attività adeguate in un mercato del lavoro supposto in equilibrio (cfr. consid. 1.4). Senza nulla togliere alle conoscenze e alle qualifiche di cui possono disporre rappresentanti di associazioni, assistenti sociali e persone designate da istituzioni sociali, non si vede per quale motivo nel caso concreto l'amministrazione possa affermare che la tutela degli interessi dell'assicurato poteva essere assunta da siffatte persone senza dover far ricorso all'assistenza di un legale, quando si consideri che le lacune e le necessità istruttorie pertinentemente evidenziate da quest'ultimo non sono state in precedenza colte neppure dai funzionari dell'amministrazione e dal suo servizio medico. Quanto sopra evidenziato permette senz'altro di considerare la pratica, dopo l'emanazione del progetto di decisione del 9 maggio 2017, siccome non semplice dal profilo fattuale, probatorio e procedurale. A torto, quindi, l'Ufficio AI ha ritenuto non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato e concluso che l'insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Per quanto riguarda gli altri presupposti, non analizzati dall'Ufficio AI, cumulativamente necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, va detto quanto segue. Le osservazioni inoltrate il 9 giugno 2017 non apparivano di primo acchito privo di esito favorevole, prova tra l'altro ne sia che hanno evidenziato la necessità di procedere ad un complemento peritale a cura del SAM oltre che a riconoscere (in corso di causa) la necessità di ulteriori accertamenti medici di natura psichiatrica così come l'esecuzione di un accertamento professionale (pratico). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 45, consid. 7c pag. 48). Al minimo

esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalla documentazione prodotta in sede amministrativa (doc. AI 115/389-409; la stessa documentazione è stata prodotta anche in questa sede sub. doc. G), risulta che l'insorgente vive da solo e che a quel momento l'importo delle entrate ammontava complessivamente a fr. 3'267.-- (doc. AI 115/390; trattasi delle rendite AI e per incapacità di guadagno di fr. 1'267.-- e di fr. 2'000, cfr. doc. AI 100/328 e H). Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, deve essere applicato l'importo base mensile per persona che vive da sola di fr. 1'200.--, stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo giusta l'art. 93 LEF del 1. settembre 2009). Bisogna, poi, computare il canone di locazione di fr. 1'400.-- al mese (cfr. doc. AI115/398-401) e il premio afferente all'assicurazione obbligatoria contro le malattie pari a fr. 524.15 mensili (cfr. doc. AI115/397). Si ottiene, quindi, un onere mensile globale di fr. 3'124.15 (1'200 + 1'400 + 524.15). Inoltre va tenuto conto del fatto che, come accennato, all'importo di base determinato in riferimento alla Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, va aggiunto un supplemento del 15-25%, ossia nel caso particolare fr. 180.-- sino a fr. 300.-- conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza U 102/04 del 20 settembre 2004. In casu, partendo quindi da un onere complessivo massimo di fr. 3'424.15 (3'124.15 oltre a fr. 300) rispettivamente di fr. 3'304.15 (3'124.15 oltre a fr. 180) da un lato, e entrate di fr. 3'267.--, si ottiene in ogni caso un ammanco. L'assicurato deve quindi essere considerato indigente. Ne consegue che gli atti sono rinviati all'Ufficio AI affinché si pronunci sull'importo spettante all'assicurato (DTF 131 V 153).

2.12. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va accolto ai sensi dei considerandi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati i necessari accertamenti medici sopra enunciati (cfr. consid. 2.9) e aggiornati i dati economici, si pronunci nuovamente sulla revisione intrapresa nel luglio 2014. L'amministrazione dovrà inoltre pronunciarsi sull'importo spettante all'assicurato a titolo di gratuito patrocinio in ambito amministrativo (cfr. consid. 2.11).

2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, 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. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Il ricorrente, patrocinato da un avvocato e vittorioso in causa, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGa e 30 cpv. 1 Lptca). L'importo delle ripetibili è determinato in base all'importanza della lite e alla complessità del procedimento, senza tener conto del valore litigioso (art. 61 lett. g LPGa e art. 30 cpv. 2 Lptca). L'art. 12 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili (RL 3.1.1.7.1; di seguito Regolamento) stabilisce per le pratiche senza valore determinato o determinabile una tariffa oraria di riferimento di fr. 280.--, rimandando per il resto all'applicazione analogica dell'art. 11 cpv. 5, il quale, per la fissazione delle ripetibili, fa anch'esso riferimento al criterio della difficoltà e dell'importanza della lite (sulla commisurazione delle ripetibili tenendo conto dei suddetti due criteri cfr. Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2014, § 76 numeri 71-75, pagg. 609-610). Per quanto concerne le spese (spese di cancelleria, come quelle di spedizione, di comunicazione, delle fotocopie e di apertura e archiviazione dell'incarto), l'art. 6 cpv. 1 del

Regolamento pone il principio secondo il quale al patrocinatore può essere riconosciuto un importo forfetario in per cento dell'onorario. Con scritto del 1. febbraio 2018 (XXI) l'avv. RA 1 ha prodotto la "nota onorari e spese", per il periodo dal 10 maggio 2017 al 1. febbraio 2018, per un importo complessivo (senza IVA) di fr. 14'570.50 (13'443 onorario + 1'127.50 spese; cfr. XXI/1). Questo Tribunale rileva innanzitutto che per quanto riguarda l'onorario e le spese inerenti alla procedura amministrativa (ovvero per il periodo dal 10 maggio al 28 giugno 2017 e più precisamente l'importo di fr. 3'387.-- di onorario e le relative spese non precisate nel doc. XXI/1) vale quanto indicato al considerando 2.11. Per quanto riguarda invece l'onorario e le spese dal 23 agosto 2017 (giorno in cui il legale ha esaminato la decisione dell'Ufficio AI qui impugnata, fr. 10'056.-- di onorario e fr. 1'127.50 di spese [importo da cui vanno dedotte le spese della procedura amministrativa ritenuto che, come risulta dal doc. XXI/1, i fr. 1'127.50 si riferiscono ad entrambe le procedure amministrativa e giudiziaria]) il TCA rileva quanto segue. Nella fattispecie in esame appare giustificato riconoscere ripetibili (per onorario di fr. 2'800.-- e spese di fr. 280.--) di complessivi fr. 3'326.-- (IVA inclusa; con la precisazione che le prestazioni eseguite fino al 31 dicembre 2017 sono imponibili alla vecchia aliquota dell'8% e quelle dal 1. gennaio 2018 con l'aliquota del 7.7% [in argomento vedi l'info IVA 19 "modifica delle aliquote d'imposta al 1° gennaio 2018" edito dall'amministrazione federale delle contribuzioni, in particolare le osservazioni generali al punto 2.1]). Tale ammontare risulta congruo, considerando il principio indagatorio vigente nel diritto delle assicurazioni sociali che allevia il lavoro del patrocinatore (DTF 114 V 87 consid. 4b, 110 V 365 consid. 3c) e il grado di difficoltà della causa in oggetto. In proposito nella STF I 50/01 del 26 ottobre 2001 la Corte federale ha stabilito che per trattare una vertenza relativa alla revisione di una rendita AI (aumento del grado d'invalidità) 6 o 7 ore di lavoro sono troppo poche, mentre 12,5 potrebbero essere troppe; il 23 agosto 2012 il TCA ha confermato un dispendio di 11 ore ed 1 minuto per una causa in cui l'insorgente, sentito nel corso di un'udienza svolta innanzi al Tribunale, ha chiesto di essere messo al beneficio di una rendita AI o di una riqualifica professionale (inc. 32.2011.202) e con decreto del 3 maggio 2013 (inc. 32.2012.189), in cui si è trattato di stabilire se vi è stato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente sulla base di una perizia del SAM e dove non è stata indetta alcuna udienza, questo Tribunale ha ridotto da 20 ore e trenta minuti a 10 ore il tempo lavorativo del legale che si è occupato della causa. L'assegnazione di ripetibili rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5 e 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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 e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 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); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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, consid. 5.3). 2.7. 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 I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) 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 I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato

sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...)

#### **E. 4.2**

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" . Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Il Tribunale federale, nel comunicato stampa del 14 dicembre 2017 intitolato "Rendita AI in caso di affezioni psichiche: cambiamento di giurisprudenza" – riferendosi alle sentenze del 30 novembre 2017, 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017, entrambe pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418 – ha, in particolare, rilevato che "(...) il Tribunale federale modifica la sua prassi per l'esame del diritto a una rendita AI in presenza di affezioni psichiche. La giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. (...)" . Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del Tribunale federale (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C\_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), secondo cui le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. 2.8. Nella fattispecie concreta questo Tribunale rileva quanto segue. 2.8.1. Innanzitutto va ribadito che per quanto addotto al consid. 2.4 non è possibile ripristinare il diritto alla rendita (come preteso dal ricorrente) per il fatto che l'Ufficio AI non avrebbe dimostrato un miglioramento dello stato di salute intercorso dopo la decisione del 22 ottobre 2014 con la quale è stato riconosciuto il diritto

ad una rendita intera dal 1. agosto 2013 (cfr. doc. AI 78/209-210). In questo senso non può essere seguito l'insorgente laddove, in particolare, pretende che "(...) pure totalmente arbitrario, e senza alcun tipo di riscontro oggettivo, è la conclusione contenuta nel rapporto del SMR secondo cui al ricorrente possa essere riconosciuta un'abilità lavorativa nella misura del 50% a far tempo dal 1. luglio 2015. In merito a questa data, infatti, non vi è traccia da nessuna parte nella perizia SAM anche perché i medici coinvolti hanno sempre confermato che non vi è stato alcun miglioramento. Totalmente arbitraria, dunque, la data scelta (a caso?) dal SMR per dichiarare il ricorrente abile al lavoro nella misura del 50% (percentuale evidentemente contestata). (...)" (I, numero 92, pag. 22). Quanto al momento a partire dal quale è stata riconosciuta una capacità lavorativa residua va precisato, da una parte che alla domanda circa il momento in cui può essere considerata valida la capacità lavorativa in un'attività adeguata i periti del SAM hanno risposto che "(...) l'attuale valutazione della capacità lavorativa vale a partire da luglio 2015. (...)" (doc. AI 91/282, risposta alla domanda 9.1.3) e, dall'altra parte, che proprio in quel mese l'assicurato è stato per la prima volta a disposizione del SAM: "(...) è stato a disposizione del nostro servizio i giorni 29 luglio, 5, 6, e 18 agosto, nonché 2 settembre 2015 (...)" (doc. AI 91/254). 2.8.2. Riguardo alla valutazione medica, limitatamente alla patologia somatica questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalla valutazione dei periti del SAM. 2.8.2.1. In effetti il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale e medicina manuale (SAMM), nel certificato medico dell'11 maggio 2017 non si è confrontato debitamente con la perizia pluridisciplinare del SAM del 25 novembre 2015 (doc. AI 91/254-308) limitandosi ad osservare che "(...) sono piuttosto perplesso che le conclusioni si basino su una perizia di quattro anni or sono, della quale non sono mai stato informato senza aver chiesto una nuova perizia neurologica. (...)" (doc. AI 111/360) e, nel rapporto del 29 maggio 2017 (doc. AI 111/377-377), a precisare che "(...) nel rapporto SAM (novembre 2015) si evince al punto 9.1.2 che dal punto di vista medico teorico potrebbe svolgere un'ipotetica attività adeguata nella misura del 50%. Penso che dichiarare il signor RI 1 abile al lavoro al 50% unicamente sulla base di questa frase sia una contraddizione. Questo però mi sembra un problema più a livello giuridico che medico. Nello stesso rapporto alla pagina 297 viene citato il dr. \_\_\_\_\_, oftalmologo, il quale conclude affermando che dopo tre anni dall'accaduto non vi sono da attendersi ulteriori miglioramenti della situazione, opinione che viene confermata anche dal rapporto dell'ergoterapia allegato. (...)" (doc. AI 111/377). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, nel rapporto del 7 giugno 2017 (doc. AI 111/379-380), non si è confrontato con la valutazione del SAM limitandosi – senza esprimersi sulla capacità lavorativa e precisando che "(...) il quadro clinico è quindi invariato nel corso di questi anni, come già messo in evidenza dai numerosi Neurologi che hanno esaminato il Paziente, tra cui il sottoscritto. Esiste un conflitto assicurativo con la decisione dell'Assicurazione Invalidità di conferire un grado di incapacità lavorativa del 100% dal 16.8.2012 nella sua attività di Parrucchiere, mentre dall'1.7.2015 verrebbe ritenuto abile nella misura de 50% in un'attività adeguata. (...)" (doc. AI 111/379) – ad esprimere un parere critico circa le attività indicate dal consulente in integrazione professionale concludendo che "(...) tutte queste proposte mi sembrano assolutamente non adatte al quadro clinico del Paziente. Vedrei tuttalpiù un'attività a tempo ridotto, utilizzando un computer con schermo adatto, senza ritmi di lavoro eccessivi. Ho difficoltà a trovare altre attività adatte. (...)" (doc. AI 111/380). Oltre a quella succitata, tutta la documentazione medica prodotta con le osservazioni del 9 giugno 2017 (doc. AI 111/350-359 e doc. A, B, e C sub doc. AI 111/360-375, 111/376-378 e 111/379-385) è stata

sottoposta ai periti del SAM che, con complemento del 17 agosto 2017 (doc. AI 117/411-413 riprodotto in esteso al consid. 2.5), si sono allineati alla presa di posizione del 31 luglio 2017 (doc. AI 117/414-416) nella quale il consulente neurologo dr. \_\_\_\_\_ ha esposto chiaramente, indicandone precisamente le ragioni, i motivi che lo hanno portato a concludere che “(...) ritengo dunque che la documentazione medica più recente a disposizione non porti a modificare questa valutazione e soprattutto ad affermare che si è verificato un peggioramento dal punto di vista neurologico. (...)” (doc. AI 117/416). Il succitato complemento peritale del 17 agosto 2017 del SAM non è stato contestato da altri medici specialisti e, quanto al rapporto del 30 agosto 2017 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. E), questo Tribunale può fare propria la valutazione del 18 settembre 2017 nella quale il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che “(...) ho preso nozione del rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 30.08.2017, il quale conferma la stazionarietà nel tempo della situazione medica, non aggiunge nuove informazioni rispettivamente non segnala modificazioni significative di fatti noti. Concordo con le conclusioni SAM esaustive e complete. (...)” (VI/1). Parimenti, anche avuto riguardo alla lettera di dimissioni del 23 settembre 2017 del Pronto Soccorso dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. I), rettamente l’Ufficio AI, con la risposta, ha osservato che “(...) dalla lettera di dimissione del Pronto Soccorso dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ risulta che "Il paziente viene dimesso in condizioni generali buone". Ad ogni buon conto, l’eventuale controllo specialistico di natura neurologica al quale si sottoporrà l’assicurato verrà - se del caso - sottoposto per esame al Servizio medico regionale dell’AI (SMR) in corso di causa. (...)” (X, pag. 2). 2.8.2.2. Diversa è invece la situazione per quanto riguarda la patologia extra somatica. Questo Tribunale – visti il certificato 29 novembre con rapporto di degenza 18 settembre 2017 della clinica \_\_\_\_\_ (doc. M/2 e L) nonché il rapporto medico 16 gennaio 2018 della specialista in psichiatria e psicoterapia dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. M/1) – non ha alcun motivo per scostarsi dalla valutazione del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nell’annotazione del 22 gennaio 2018, ha concluso che “(...) alla luce del certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ rispettivamente del ricovero stazionario, non rimane altro che procedere con aggiornamento degli atti psichiatrici e perizia di decorso presso il SAM. (...)” (XIX/1). 2.8.2.3. Quanto alla richiesta secondo la quale “si postula che venga esperita una perizia interdisciplinare e indipendente per determinare il peggioramento dello stato di salute del ricorrente e della sua totale incapacità lavorativa. (...)” (I, pag. 33), questo Tribunale rileva quanto segue. Con scritto del 26 settembre 2014 l’Ufficio AI ha comunicato all’assicurato che “(...) nell’ambito della revisione d’ufficio, riteniamo necessario che lei si sottoponga a una serie di esami medici completi (medicina interna, neurologia, psichiatria e oftalmologia). Senza opposizione scritta da parte sua entro 10 giorni, incaricheremo un centro peritale di eseguire gli esami in questione. Il centro peritale sarà designato su base aleatoria (art. 72 bis dell’Ordinanza sull’assicurazione per l’invalidità (OAI)). Non appena saranno noti, sarà informata/o a riguardo del luogo, delle date degli appuntamenti, così come dei nomi delle/degli specialiste/i che si occuperanno di lei. In allegato troverà la lista di domande che sottoporremo al centro peritale. Se, da parte sua, desidera aggiungere altre domande, la invitiamo a trasmetterle all’Ufficio AI entro 10 giorni. (...)” (doc. AI 75/203). In merito vedi anche l’ “Annotazione per l’incarto” del 29 settembre 2014 sub doc. AI 77/208). Nella procedura di nomina dei periti l’amministrazione ha infatti rispettato il sistema di attribuzione del mandato secondo il principio della causalità (metodo aleatorio; cfr. doc. AI 79/211, in argomento vedi la DTF 139 V 349, consid. 5.2.1, pag. 354) e con lettera del 15 giugno 2015 (doc. AI 83/218-219) ha comunicato all’interessato il nome dei

periti precisando che “(...) obiezioni fondate contro una/o o più delle/degli specialiste/i menzionate/i possono essere presentate per iscritto all’Ufficio AI entro 10 giorni. (...)” (doc. AI 83/219). Quanto al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi – oltre a rinviare alla DTF 136 V 376 citata al consid. 2.6 – va qui osservato che l’assicurato ( come visto, preventivamente reso attento circa il nome dei periti e segnatamente la necessità di una perizia pluridisciplinare con accertamenti di medicina interna a cura del dr. \_\_\_\_\_, neurologici a cura del dr. \_\_\_\_\_, oftalmologi a cura del dr. \_\_\_\_\_ e psichiatrici a cura della dr. \_\_\_\_\_ ) non ha sollevato alcuna obiezione in merito nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la ricusa, né ha domandato di essere esaminato da medici con una diversa specializzazione. In questo senso l’insorgente non può essere seguito laddove, da una parte “(...) postula che venga allestita una nuova perizia multidisciplinare attuale e offrire la possibilità al ricorrente di partecipare sia alla scelta dei vari specialisti, sia alla scelta del perito che dovrà allestire le conclusioni, sia di porre eventuali altre domande complementive rispetto a quelle proposte dall’Ufficio AI. (...)” (I, numero 78, pag. 18) e dall’altra sostiene “(...) che al ricorrente non è nemmeno stata data la possibilità di porre domande aggiuntive ai vari specialisti incaricati dal SAM. (...)” (I, numero 79, pag. 19). Va qui inoltre osservato che il TF, nella STF 8C\_17/2018 del 15 febbraio 2018, in un caso concernente l’assicurazione contro gli infortuni e confermando il giudizio di questo Tribunale, ha, in particolare, rilevato che “(...) rettamente la Corte cantonale ha ricordato che, sulla base del principio della buona fede, la parte che ha conoscenza di un motivo di rikusazione deve invocarlo senza indugio e non soltanto quando, come in concreto, l’esito della procedura le sia sfavorevole, pena la decadenza del diritto di avvalersene (DTF 139 III 120 consid. 3.2.1 pag. 124; 138 I 1 consid. 2.2 in fine pag. 4, in modo particolare in materia di assicurazioni sociali: DTF 132 V 93 consid. 7.4.2 pag. 112). (...)” (STF 8C\_17/2018 del 15 febbraio 2018, consid. 3.3). Ritenuta la necessità di ulteriori accertamenti di natura psichiatrica a ragione l’Ufficio AI, nelle osservazioni del 30 gennaio 2018, ha osservato che, dal lato medico, si dovrà eseguire “(...) un aggiornamento degli atti psichiatrici e una perizia di decorso presso il SAM di \_\_\_\_\_ conformemente a quanto indicato dal SMR all’interno dell’annotazione summenzionata [ndr. si tratta dell’annotazione del 22 gennaio 2018 sub XIX/1] . (...)” (XIX). Pertinentemente l’amministrazione, nelle osservazioni del 15 febbraio 2018 (XXIII), ha inoltre rilevato che “(...) in una sentenza 9C 1032/2010 del 1° settembre 2011 consid. 4.1, il Tribunale federale ha precisato che risulta giustificato e che può anzi accrescere il valore risolutivo di una perizia di decorso, il fatto che l’evoluzione dello stato di salute intervenuta nel frattempo venga accertata e valutata dagli stessi periti medici che si erano già in precedenza confrontati con la fattispecie. (...)” (XXIII, pag. 2). La giurisprudenza di cui alla STF 9C 1032/2010 del 1° settembre 2011 è stata confermata dal TF anche nelle STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 al consid. 5.2, 8C\_665/2015 del 21 gennaio 2016 al consid. 4.2 e 9C\_441/2014 del 18 giugno 2014 al consid. 2.2.2. In questo senso nemmeno può essere seguito l’insorgente laddove, con scritto del 21 febbraio 2018 (XXV), sostiene che “(...) si prende atto che l’UAI è d’accordo circa il fatto di far eseguire una nuova perizia interdisciplinare completa, come, peraltro, richiesto pure con il ricorso. (...)” (XXV, pag. 1) ed è a ragione che l’amministrazione, sempre nelle osservazioni del 15 febbraio 2018 (XXIII), ha concluso che “(...) nel caso concreto, il mandato peritale di decorso ordinato dal SMR dell’AI è pertanto giustificato dal fatto che i periti del SAM di \_\_\_\_\_ dovranno valutare se e in quale misura delle eventuali modifiche intervenute nel frattempo nello stato di salute dell’assicurato (segnatamente dal

punto di vista psichiatrico) mettano o meno in discussione la loro prima valutazione medica del 25 novembre 2015. I periti del SAM - alla fine dei loro accertamenti - dovranno quindi procedere mediante una valutazione globale di decorso che tenga altresì conto dei consulti di natura neurologica e oftalmologica effettuati in precedenza. (...)” (XXIII, pag. 2). Questo Tribunale rileva che nell’ambito degli accertamenti di natura psichiatrica il consulente specialista dovrà tenere conto, applicandola, dell’evoluzione in materia della giurisprudenza indicata al consid. 2.7. Parimenti, nella valutazione globale, visto il tempo trascorso, i periti dovranno valutare la necessità o meno di procedere ad un eventuale aggiornamento dei consulti di natura neurologica ed oftalmologica effettuati in precedenza se del caso interpellando gli specialisti curanti. 2.8.2.4. Il rinvio degli atti all’amministrazione si giustifica anche per il fatto che il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, nel consulto del 10 agosto 2015 (doc. AI 91/289-295), rispondendo al quesito circa la possibilità di svolgere altre attività, i limiti funzionali e la tempistica, ha evidenziato che “(...) ritengo importante però che questi aspetti [ndr. si riferisce ai disturbi neurologici presenti e ai sintomi e deficit descritti non riconducibili ad una patologia neurologica organica; cfr. il rinvio al precedente punto 7 del consulto] vengano valutati direttamente da un esperto in integrazione professionale e che si effettui anche una valutazione dal punto di vista pratico con attività proponibili così da poter meglio valutare in che misura i deficit neurologici descritti influiscano sulla capacità lavorativa del paziente e se vi sia effettivamente un margine del 50% almeno di ripresa di un’attività professionale adatta. (...)” (doc. AI 91/294, punto 8, la sottolineatura è del redattore). In effetti, la richiesta valutazione pratica non è mai stata esperita e, di conseguenza, la conclusione secondo la quale vi sarebbe, dal 1. luglio 2015 (cfr. il rapporto finale SMR del 27 novembre 2015 sub. doc. AI 93/309-311), una capacità lavorativa residua del 50% in un’attività adeguata è prematura e l’amministrazione non poteva ancora concludere in questo senso. Al riguardo, come accennato (cfr. consid. 1.4), è lo stesso Ufficio AI che, con la risposta, ha proposto al TCA “(...) di voler retrocedere gli atti all’Ufficio AI del Canton Ticino (UAI) al fine di espletare i necessari accertamenti economici (segnatamente l’esecuzione di un accertamento professionale (pratico) al fine di definire l’effettiva capacità lavorativa dell’assicurato (in attività adeguate) sul mercato libero del lavoro; cfr. anche in tal senso le domande giurista del 13.09.2017 qui allegate come pure il gravame al punto 15). (...)” (VI, pag. 3). Va inoltre osservato che, conformemente alla giurisprudenza federale, non bisogna procedere ad una valutazione medica fintanto che provvedimenti di reintegrazione ritenuti necessari dal corpo medico non siano stati esperiti. L’Alta Corte, nella STF 9C\_809/2017 del 27 marzo 2018, ha, tra l’altro, confermato che “(...) si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d’une mesure préalable liée à l’état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d’en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l’exécution préalable de mesures de réadaptation, il n’y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d’invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n’aient été exécutées (arrêts 9C\_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1 et les arrêts cités, in SVR 2010 IV n° 9 p. 27; 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86). (...)” . In concreto, posto come, in sede di discussione nell’ambito della patologia neurologica, i periti del SAM hanno precisato che “(...) trattandosi però di una situazione molto complessa ritengo indispensabile che gli aspetti reintegrativi vengano valutati da un esperto in integrazione professionale direttamente dal punto di vista pratico e che vengano fatte delle proposte

concrete al paziente valutando poi quali siano le possibilità effettive di una reintegrazione professionale. Penso che solo con quest'ultima misura pratica si potrà effettivamente definire se la capacità lavorativa teorica del 50% possa essere veramente messa in atto (...)” (doc. AI 91/276), senza l’esperienza della suddetta misura pratica l’amministrazione non poteva ancora esprimersi compiutamente sulla capacità di lavoro residua. 2.9. Appurata l’esigenza di ulteriori accertamenti medici (cfr. consid. dal 2.8.2.2 al 2.8.2.4) – che pertanto una valutazione economica non può essere effettuata essendo prematura – la decisione impugnata va dunque annullata e gli atti rinviati all’Ufficio AI affinché, esperiti i succitati necessari accertamenti medici e previa una nuova valutazione economica, si pronunci di nuovo sulla revisione intrapresa nel luglio 2014 (cfr. consid. 1.2). Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l’incanto all’Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall’amministrazione che necessitavano di un complemento (“Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen”; cfr. STCA 32. 2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall’amministrazione (“Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). Nel caso concreto, in virtù della giurisprudenza appena citata si giustifica senz’altro il rinvio degli atti all’amministrazione affinché proceda, come detto, ad una valutazione di decorso dello stato di salute psichico dell’assicurato, alla conseguente nuova valutazione medico-teorica globale della sua capacità lavorativa nonché all’esperienza della misura pratica necessaria per stabilire se effettivamente la stabilita capacità lavorativa teorica residua possa essere veramente messa in atto. 2.10. Con scritto del 21 febbraio 2018 (XXV) l’insorgente ha indicato che “(...) si postula in ogni caso che venga ripristinato l’effetto sospensivo nel caso in cui gli atti venissero ritornati all’UAI per il complemento d’inchiesta (...)” (XXV, pag. 2). Nella DTF 106 V 18 – chiamata a pronunciarsi riguardo al momento in cui si attua la riduzione o la soppressione della rendita, se il giudice annulla la decisione di revisione e ritorna gli atti all’amministrazione perché la stessa, dopo ulteriore istruzione, renda una nuova decisione – l’Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: “(...) Gemäss Beschluss des Gesamtgerichts, dem diese Frage unterbreitet worden ist, erscheint es daher - unter Vorbehalt einer allfällig missbräuchlichen Provozierung eines möglichst frühen Revisionszeitpunktes durch die Verwaltung - als geboten, den mit der revisionsweise verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundenen Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverfügung andauern zu lassen. (...)” (DTF 106 V 18, consid. 3d, pag. 21) Nella DTF 129 V 370 il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) si è confermato in questa giurisprudenza e ha ribadito che se l’effetto sospensivo viene tolto a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita o un assegno per grandi invalidi, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all’amministrazione, anche durante tutta tale procedura d’istruzione fino alla notifica della nuova decisione. La nostra

Massima Istanza ha in particolare osservato: " (...) Verfahrensrechtlich korrekt scheint die Lösung von SCHLAURI zu sein (in gleichem Sinne auch ISABELLE HÄNER, Vorsorgliche Massnahmen im Verwaltungsverfahren und Verwaltungsprozess, in: ZSR 1997, 2. Halbbd., S. 392 f. Rz 193), weil mit der Aufhebung der angefochtenen Verwaltungsverfügung der Entzug der aufschiebenden Wirkung nicht mehr weiter gelten kann. Indessen haben weder Verwaltung noch Beschwerdeinstanz in der hier interessierenden Konstellation nach der Konzeption von BGE 106 V 18 ergänzende vorsorgliche Massnahmen zu treffen. Dafür sprechen namentlich verwaltungsökonomische Aspekte, die gerade für die Sozialversicherung als typische Massenverwaltung einiges Gewicht haben. Eine Änderung der Rechtsprechung drängt sich demnach nicht auf. (...)." (DTF 129 V 370, consid. 4.4, pag. 377) Questa giurisprudenza è stata confermata ancora nelle, tra le altre, STF 8C\_582/2017 del 22 marzo 2018 consid. 6.1, 9C\_567/2017 del 21 novembre 2017 consid. 2.2.1, 9C\_241/2017 del 14 giugno 2017 e 9C\_38/2017 del 21 marzo 2017 tutte con riferimenti. Conformemente alla suesposta giurisprudenza, ritenuto che dagli atti non è possibile concludere che nel caso di specie l'amministrazione abbia in concreto inteso anticipare in modo abusivo la decorrenza dell'effetto della revisione ai sensi della summenzionata giurisprudenza – l'amministrazione ha infatti avviato la revisione d'ufficio nel luglio 2014 facendo in particolare esperire, dopo aver raccolto diversa documentazione (cfr. consid. 1.1), una perizia pluridisciplinare con complemento a cura del SAM e richiedendo pure una valutazione del consulente in integrazione professionale (cfr. consid. 1.2) – l'effetto sospensivo tolto al ricorso con la decisione impugnata esplica dunque i suoi effetti anche durante la procedura di rinvio. Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo a quanto sostenuto dall'insorgente nello scritto del 21 febbraio 2018 e meglio che "(...) va da sé che tale procedere è ulteriormente giustificato dal fatto che nel presente caso l'UAI ha atteso il 22 agosto 2017 per emanare una decisione formale quando i suoi accertamenti risalgono al mese di novembre del 2015 e, quindi, quasi 2 anni dopo. Evidente che se la querelata decisione dell'UAI non venisse annullata, e quindi vi fosse ancora l'effetto sospensivo; ben si comprende che l'UAI potrebbe metterci anni - procrastinando ad libitum - l'emanazione di una nuova decisione e, di conseguenza, a quel punto il ricorrente avrebbe dovuto sopportare un grave pregiudizio oltremodo non giustificato. Non bisogna inoltre dimenticare che l'UAI ha già ammesso di aver erroneamente valutato dal lato economico il caso del ricorrente e, in considerazione pure di questo fatto, ben si giustifica che la querelata decisione venga annullata e che l'UAI emani una nuova decisione formale dopo che quest'ultimo abbia effettuato correttamente - come avrebbe già dovuto fare dall'inizio e non solo dopo l'inoltro del presente gravame - tutti gli accertamenti medici ed economici del caso. (...)" (XXV). Infatti, da una parte, dopo la perizia pluridisciplinare del SAM del 25 novembre 2015, l'amministrazione ha proceduto ad ulteriori atti e accertamenti ( vedi, tra gli altri, la risposta del 12 aprile 2016 all'assicurazione sulla vita dell'insorgente (cfr. doc. AI 94/312-313 e 95/314), l'annotazione per l'incarto elaborata il 17 agosto 2016 (cfr. doc. AI 96/315-316), la risposta del medico SMR del 3 gennaio 2017 (cfr. doc. AI 97/317 e 99/323), il rapporto 3 febbraio 2017 del consulente in integrazione professionale con le tabelle e l'annotazione per l'incarto allestite l'8 maggio 2017 (cfr. doc. AI 101/330-332, 102/335-337 e 103/338) e il complemento peritale del SAM del 17 agosto 2017 vista la documentazione medica prodotta con le osservazioni del 9 giugno 2017 (cfr. doc. AI 111/350-385 e 117/411-416) ). Dall'altra parte, anche volendo ammettere un errore da parte dell'amministrazione che non ha effettuato immediatamente l'accertamento professionale (pratico) indicato dai periti, nella

fattispecie concreta, ciò non basta per concludere che vi sia stato un abuso nell'esercizio del proprio potere (vedi la STF 8C\_118/2017 del 28 agosto 2017 consid. 6, pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 90 pag. 280, nella quale il TF ha affrontato la questione a sapere se nel caso concreto fosse dato un agire abusivo da parte dell'Ufficio AI). 2.11. Litigioso infine è il rifiuto del gratuito patrocinio in ambito amministrativo deciso dall'Ufficio AI contestualmente alla pronuncia impugnata. Secondo l'amministrazione il caso non presentava particolari difficoltà procedurali o di merito e dunque l'intervento di un legale non appariva indispensabile. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica; DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, ATSG Kommentar, 2015, ad art. 37, n. 35, pag. 530). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole e la concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria ex art. 61 LPGA (Kieser, op. cit., ad art. 37, numeri dal 37 al 43, pagg. 530-531). La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, ossia dalla particolarità della norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non dev'essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussiste la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso ( "(...) Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist. (...)" (cfr. DTF 125 V 35, consid. 4b, pag. 37 e riferimenti) ) oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione ( "(...) Eine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt. (...)" DTF 132 V 200, consid. 4.1, pag. 201, con riferimenti ) . La necessità o meno dell'assistenza di un avvocato nella procedura amministrativa dipende dunque esclusivamente dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata (vedi anche le STF 9C\_786/2017 del 21 febbraio 2018 consid.

#### **E. 4.3**

e 8C\_669/2016 del 7 aprile 2017 consid. 2.1, entrambe con riferimenti). Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che

amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA I 447/04 del 2 marzo 2005 consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza nuovamente confermata nella STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 9.2). Nella presente fattispecie, secondo questa Corte la necessità di un patrocinatore era (eccezionalmente) data anche in ambito amministrativo, poiché la vertenza – iniziata con la revisione intrapresa d'ufficio nel luglio 2014, sfociata nel progetto di decisione del 9 maggio 2017 di soppressione della rendita intera accordata a far tempo dal 1. agosto 2013 confermata con la decisione di soppressione del 22 agosto 2017 (cfr. consid.

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