

## **TI\_GERICHTE 32.2017.206 vom 27. Oktober 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-10-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.206](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.206)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.206 du 27 octobre 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.206 del 27 ottobre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

mmHg a destra; 10 mmHg a sinistra. Motilità libera, senza limitazione, exotropia OD residua di 5°. La perimetria dinamica Octopus, difficilmente realizzabile, mostra importanti scotomi. (...)” (incarto AI pag. 323) In merito all’anamnesi lavorativa, il perito ha in particolare evidenziato: “ (...) Da oltre dieci anni il paziente lavora nell’ambito \_\_\_\_\_. Attualmente la sua attività lavorativa è supportata con schermi di computer più grandi, adatti alla sua ipovisione. Il signor RI 1 si trova molto ben integrato nell’ambiente lavorativo e non vuole una riduzione del tempo di lavoro. Durante l’attività giornaliera si trova spesso a dover leggere e interpretare schermate su computer e a causa del suo handicap, necessita di maggior tempo, in particolare quanto si tratta di nuove schermate che non ha l’abitudine di utilizzare. La comunicazione tramite email è gestita abbastanza bene ma con alcuni errori dovute all’handicap visivo, mentre la lettura di giornali e articoli è molto complicata. Per le ragioni elencate la sua capacità lavorativa è rallentata in quanto impiega più tempo nello svolgere i suoi compiti. Nel caso di bisogno viene spesso aiutato da colleghi, familiari e conoscenti. (...)” (incarto AI pag. 324) Diagnosticata, con ripercussione della capacità lavorativa, un’atrofia bilaterale del nervo ottico e nistagmo a oscillazione irregolare, ed uno stato dopo intervento per strabismo divergente non invalidante, il perito ha valutato, malgrado l’utilizzo di mezzi ausiliari, nell’abituale professione ed in un’attività adeguata una capacità lavorativa del 50-60%, inteso come una riduzione di rendimento in un’attività a tempo pieno. La perizia è stata fatta propria dal SMR con rapporto finale del 20 giugno 2017 (doc. 196 inc. AI). Tale valutazione si scosta, come visto, da quella dell’oftalmologo curante dr. \_\_\_\_\_, il quale nel suo rapporto 18 settembre 2015 ha valutato “ ad almeno del 50% la capacità di elaborazione di dati numerici o di testo presenti su uno schermo un’incapacità del 50% “ (pag. 257 inc. AI). Viste le divergenze in merito alla valutazione oftalmologica, questo TCA ha conferito mandato al dr. med. \_\_\_\_\_, primario del Servizio di Oftalmologia e Oftalmchirurgia all’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, di eseguire una perizia specialistica. 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l’invalidità, all’amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 ( 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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 (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). In caso di perizia medico-giudiziaria, il giudice – di principio – non si scosta, senza ragioni imperative, dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (STF 8C\_524/2008 del 2 aprile 2009 consid. 7.2 e 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 9, entrambe con riferimenti). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa, pag. 352 e sentenze ivi citate; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b/aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario – contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste – ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (STFA U 288/99 del

#### **E. 15**

gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: "Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen"). 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. 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 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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 e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). 2.5. Con rapporto 23 luglio 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha accertato il seguente status oftalmologico: " (...) Status Oftalmologico del 16.07.18: Visus OD: 0.063 sc non migliorabile. Visus OS: 0.1 non migliorabile. Visus da vicino: csc (+2.50) 0.05 all'OD, 0.2 all'OS. Tono BIL: 12 mmHg. Segmento anteriore BIL: congiuntiva calma, cornea chiara, fluo-, camera anteriore profonda e calma, pupilla isociclica isocorica normoreagente c/d 0.6, macula senza particolarità, retina periferica adesa. Motilità oculare nei limiti della norma in tutte le posizioni di sguardo, nistagmo a scosse, maggiore in lateroversione, exotropia OD 8C, convergenza scarsa, stereopsi assente. Esami complementari: OCT macula: nei limiti della norma bilateralmente, papilla: atrofia papillare bilaterale con assottigliamento del RNFL. Campimetria OD: deficit campimetrico centrale nel settore temporale. Campimetria OS; deficit campimetrico paracentrale (risparmio foveale) e nel settore temporale. (...)” (doc. XVI) Il perito, concorde con la diagnosi posta dal dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. riposta domanda no. 1 parte convenuta), ha diagnosticato un'atrofia bilaterale del nervo ottico, nistagmo a oscillazione irregolare, ipovisus bilaterale, esiti d'intervento chirurgico per strabismo divergente nel 2004 (cfr. riposta domanda no. 3 parte ricorrente). In merito al danno alla salute, egli ha in particolare evidenziato: " (...) Il paziente presenta un ipovisus bilaterale significativo con un'acuità visiva all'occhio destro di 0.06, all'occhio sinistro di 0.1, in lieve diminuzione rispetto all'esame eseguito il 08.06.2017 dal Dr. \_\_\_\_\_, in presenza di nistagmo. Inoltre l'esame campimetrico eseguito presso il nostro ambulatorio oggettiva la presenza di un deficit nel campo visivo centrale e temporale all'occhio destro mentre all'occhio sinistro si evidenzia un deficit paracentrale (con risparmio foveale) e temporale. Nella visione da vicino, con l'utilizzo dei propri occhiali, il visus è di 0.05 all'OS (corrispondenti a caratteri con font size di 18 all'OD), e di 0.2 all'occhio sinistro. (...)” (risposta domanda no. 1 parte ricorrente) Il dr. med. \_\_\_\_\_, tenuto conto della formazione specialistica dell'assicurato e del suo handicap visivo, non ha ritenuto che l'interessato possa svolgere altre attività a lui adeguate, rilevando che può svolgere “ il proprio lavoro con l'utilizzo degli ausili attualmente in uso con un impegno del tempo maggiorato rispetto ai colleghi che svolgono la medesima mansione” (cfr. risposta no. 3 della parte convenuta). In merito alla residua capacità lavorativa, discostandosi dalla valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, il perito ha evidenziato: " A seguito dell'esame clinico associato ad un'accurata anamnesi ed una attenta valutazione della documentazione fotografica inerente il posto di lavoro del sig. RI 1, riteniamo che la capacità lavorativa del 55% sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Ci dissociamo dalle precedenti perizie poiché giudichiamo che un ipovisus bilaterale associato ad un deficit campimetrico centrali comporti una riduzione di rendimento superiore al 50% nell'attività lavorativa di impiegato di banca svolta dal sig. RI 1”(risposta domanda no.2 della parte convenuta). Non ritenendo possibile un'opzione terapeutica (sia medica che chirurgica), il perito ha confermato la determinazione e la volontà dell'assicurato nel continuare a svolgere le proprie mansioni lavorative, dimostrando autonomia e riconoscimento sociale (cfr. riposta domanda no. 4 della parte convenuta), concludendo: " Per le ragioni sopraelencate, la capacità lavorativa del signor RI 1 è rallentata rispetto ai colleghi che seguono le stesse mansioni. Per tale

ragione riteniamo che la capacità lavorativa sia del 45%. Malgrado una precisa previsione futura della capacità lavorativa del sig. RI 1 appaia difficile valutazione, consideriamo plausibile una progressiva e lenta diminuzioni della capacità lavorativa negli anni a venire in parallelo ad un peggioramento dello status oftalmologico attuale.” (risposta domanda no. 6 parte ricorrente) Il perito, rispondendo alla domanda no. 1 del TCA, ha rilevato che “la problematica oftalmologica influisce sulla capacità lavorativa dell’assicurato dall’inizio del periodo lavorativo, trattandosi di una patologia visiva peri o prenatale”. Alla domanda no. 2 del Tribunale – a sapere se “Rispetto alla perizia del Dr. med. \_\_\_\_\_ vi è un peggioramento dello status oftalmologico? Se sì, da quando e in che misura percentuale incide sulla capacità lavorativa dell’assicurato nell’abituale attività ad in attività adeguate? ” – il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto: " (...) Rispetto alla perizia effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ il 08.06.2016, vi è un peggioramento dello status oftalmologico con un lieve calo visivo bilaterale e la presenza di un deficit campimetrico. Riteniamo che tale peggioramento incida sulla capacità lavorativa dell’assicurato in misura tale da giustificare un aumento della incapacità lavorativa al 55%.” (doc. XVI) Invitato a fornire delucidazioni in merito al peggioramento dal punto di vista temporale (cfr. scritto 22 agosto 2018), con scritto del 31 agosto 2018 il perito ha rilevato: " (...) riteniamo che il deficit campimetrico da noi oggettivato con la campimetria in data 23.07.18, fosse già presente al momento della perizia del Dr. med. \_\_\_\_\_. Reputiamo che questo deficit sia stato definito in modo più preciso da parte del paziente come si evince dai parametri di affidabilità ottenuti con il nostro esame, superiori a quelli ottenuti all’esame con il Dr. med. \_\_\_\_\_. Supponiamo che il deficit sussistesse nella stessa misura già all’epoca. In merito all’acuità visiva, trattandosi di un dato anch’esso soggettivo che può subire minime oscillazioni, difficilmente attribuibili a parametri oggettivi, abbiamo riscontrato valori più bassi bilateralmente rispetto al controllo clinico eseguito dal Dr. \_\_\_\_\_. Questa costatazione, da noi definita come un peggioramento del visus, bilaterale, non ha un riscontro tempistico anamnestico per cui si può dedurre che fosse già a questo livello al momento della perizia del collega.” (Doc. XXI) Con osservazioni 28 settembre 2018 il legale dell’assicurato ha evidenziato che la perizia, rispettivamente il succitato complemento, “conferma le ragioni del mio cliente e che vi si evince come la data d’insorgenza del diritto alla rendita debba essere, come minimo, quella dell’esame medico effettuato a suo tempo (6/206) dal dott. \_\_\_\_\_. Infatti, il maggior grado di incapacità indicato dal perito dott. \_\_\_\_\_ sussisteva già allora, come lo stesso medico ha chiarito ” (XXVII). Di diverso avviso è invece la presa di posizione dell’Ufficio AI, Con scritto del 4 ottobre 2018 la giurista dell’AI ha in primo luogo fatto riferimento alle annotazioni 2 ottobre 2018 del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale ha sostenuto che le delucidazioni del 31 agosto 2018 “ fanno escludere che risulti oggettivamente documentato un peggioramento della patologia visiva dell’assicurato; trattandosi piuttosto di un diverso apprezzamento del medesimo quadro clinico” (XXVIII/1). La giurista dell’amministrazione ha poi evidenziato: " (...) Va qui rilevato che il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato in prima battuta che vi è stato un peggioramento del visus ("Il paziente presenta un ipovisus bilaterale significativo con un'acuità visiva all'occhio destro di 0.06, all'occhio sinistro di 0.1, in lieve diminuzione rispetto all'esame eseguito il 08.06.2017 dal Dr. \_\_\_\_\_ [...]” , sottolineatura della scrivente). A seguito della domanda di delucidazioni da parte del ricorrente, il perito giudiziario ha precisato (o meglio, rettificato) la propria valutazione indicando che non si è verificato un peggioramento oggettivo dello stato visivo dell’assicurato, quanto piuttosto che egli ha operato una migliore valutazione delle condizioni cliniche dell’assicurato

rispetto al Dr. \_\_\_\_\_. Tuttavia, questa differenza di valutazione si basa su delle descrizioni soggettive fornite dall'assicurato ("[...] reputiamo che questo deficit sia stato definito in modo più preciso da parte del paziente [...] " e "In merito all'acuità visiva, trattandosi di un dato anch'esso soggettivo [...]"). Il Dr. \_\_\_\_\_ si discosta dalla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ senza indicare compiutamente il motivo per cui tale perizia non sarebbe affidabile e formulando mere supposizioni circa il fatto che la condizione clinica da lui rilevata fosse già presente al momento della precedente perizia del Dr. \_\_\_\_\_. Non è dato a sapere a tal proposito quali siano i "parametri di affidabilità superiori" da cui si possa evincere che il paziente abbia (soggettivamente) definito in modo più preciso il deficit rispetto a quanto fatto in occasione della precedente perizia. Se ne conclude che le contraddizioni nelle affermazioni del perito portano a dubitare dell'attendibilità della sua valutazione e, di conseguenza, si ritiene che la perizia giudiziaria non sia concludente. Lo scrivente Ufficio rileva inoltre che il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato nella sua perizia il seguente stato oculare (sottolineature della scrivente):

" acuità visiva: OD inferiore a 0.1 non migliorabile; OS 0.2 parziale non migliorabile. Segmento anteriore bilaterale: congiuntiva calma, cornea chiara, fluoronegativa, camera anteriore profonda, cellule negative, Tyndall negativo, pupilla tonda, cristallino chiaro. Fondo dell'occhio bilaterale: papilla pallida, C/D 0.5; albero vascolare normale, retina periferia senza particolarità. Pressione endoculare 12mmHg a destra; 10mmHg a sinistra. Motilità libera, senza limitazione, exotropia OD residua di 5°. La perimetria dinamica Octopus, difficilmente realizzabile, mostra importanti scotomi." mentre il Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia giudiziaria ha rilevato quanto segue (sottolineature della scrivente): "Status Oftalmologico del 16.07.18: Visus OD: 0.063 Sc non migliorabile. Visus OS: 0.1 non migliorabile. Visus da vicino: csc (+2.50) 0.05 all'OD, 0.2 all'OS. Tono BIL: 12mmHg Segmento anteriore BIL: congiuntiva calma, cornea chiara, fluo-, camera anteriore profonda e calma, pupilla isociclica isocorica normoreagente, cristallino chiaro. Fondo BIL: papilla pallida, escavazione c/d 0.6, macula senza particolarità, retina periferica adesa. Motilità oculare nei limiti della norma in tutte le posizioni di sguardo, nistagmo a scosse, maggiore in latero versione, exotropia OD 8D, convergenza scarsa, stereopsi assente.". All'occhio di un profano appaiono dunque evidenti molteplici differenze (sottolineate dalla scrivente) tra le due valutazioni. Le stesse sono suscettibili di oggettivare un effettivo peggioramento dello stato visivo dell'assicurato, considerato che la patologia degenerativa e malgrado quanto indicato dal medico generico del SMR nella sua nota del 02.10.2018, il quale si è limitato a riprendere acriticamente quanto affermato dal Dr. \_\_\_\_\_ nel complemento del 31.08.2018. Trattandosi di dati relativi a misurazioni altamente specialistiche, si ritiene che le conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ debbano essere sottoposte direttamente al Dr. \_\_\_\_\_, affinché egli possa compiutamente prendere posizione in merito e rispondere inoltre alle contestazioni mosse contro la sua valutazione peritale." (doc. XXVIII) Chiamato dal TCA a prendere posizione in merito alle succitate critiche, con scritto 15 ottobre 2018 il perito, premettendo di aver nuovamente esaminato l'incarto per rispondere compiutamente ed in modo definitivo, ha evidenziato: "(...) a. Fermo restando che ho precisato, e non rettificato, il concetto di peggioramento, maldestramente espresso in sede di stesura della perizia all'ultimo capoverso. Nella precisazione ho enfatizzato il concetto che la valutazione delle capacità visive del peritando si basano su misurazioni di funzioni soggettive che possono variare a causa di diversi fattori difficilmente standardizzabili e identici tra un esaminatore e l'altro. Per cui ho precisato che abbiamo constatato valori leggermente più bassi del precedente Perito, aggiungerei senza

che vi sia da parte del collega alcun errore. b. Rispetto alla perizia del Dott. \_\_\_\_\_ abbiamo preso in maggiore considerazione e motivato il perché il risultato del campo visivo, reputandolo significativo grazie al grado di affidabilità (dell'esame) espresso dai valori numerici del programma di ricerca degli errori incluso nella procedura dell'esame stesso. c. In merito ai dettagli delle due perizie sottolineate dai giuristi vorrei precisare quanto segue, in particolar modo sulla misura dell'acuità visiva (AV) e a supporto della nostra affermazione che le condizioni visive del peritando non sono cambiate rispetto a quelle presenti al momento della perizia del Dott. \_\_\_\_\_. A questo proposito vorrei fare una breve premessa ponendo l'attenzione sul certificato del medico curante Dr. \_\_\_\_\_ del 15.01.2016. In quella occasione il medico curante dichiarava una AV in OD di 0.05 non migliorabile e una AV in OS 0.1 non migliorabile. Questa constatazione è congruente sia con la nostra ( OD 0.063 OS 0.1 ) e congruente con quella di Roberti, più vaga mi permetto di sottolineare, di AV OD inferiore a 0.1 e AV OS 0.2 parziale. Le altre sottolineature non meritano commento in quanto ancillari e non importanti per la valutazione del caso. La nostra conclusione che la situazione funzionale del peritando fosse tale anche durante la perizia del Dr. \_\_\_\_\_ è suffragata da queste constatazioni e dalla conoscenza della patologia in atto. d. Sulla base di quanto sopra mi permetto di dissentire dall'opinione della giurista in merito alle conclusioni espresse dal Dott. \_\_\_\_\_ nella nota del 02.10.2018, a mio parere perfettamente congruenti con il nostro pensiero espresso in modo più chiaro e dettagliato in sede di precisazione. Esse non sono certamente di natura acritica bensì semmai deduttiva sulla base della conoscenza del tipo di malattia in questione. Essa infatti non è di tipo degenerativo ma determinato da una causa precisa, l'anossia cerebrale intervenuta in sede peri-natale. Un eventuale "peggioramento" interverrà sulla base dell'invecchiamento del soggetto con lo sviluppo delle patologie abituali che ne derivano ma che avranno forse maggiore incidenza su un paziente già affetto da grave deficit visivo. In conclusione confermo quanto espresso nella precisazione del 31.08.2018. Sulla base di quanto sopra e di quanto espresso nella perizia confermo che la valutazione della capacità lavorativa del peritando è di non facile valutazione in quanto egli riesce a sopperire con capacità mnemoniche straordinarie quello che la sua vista non gli permetterebbe normalmente di fare. In tale contesto si spiega anche il perché la sua incapacità lavorativa sia stata espressa in modo così vago sia dal medico curante (almeno del 50%) e dal perito iniziale (40-50). A fronte di questa esitazione, sulla base del campo visivo e sul genere di attività su schermate complesse come quelle dei terminali economici, ci pare più che plausibile e giustificata una riduzione del rendimento del 55%." (doc. XXXII) Con scritto del 5 novembre 2018 l'Ufficio AI ha rilevato: " (...) con riferimento a quanto in oggetto, si osserva che il perito conferma che la differenza di valutazione tra il Dr. \_\_\_\_\_ e la propria si basa unicamente su delle descrizioni soggettive fornite dall'assicurato. Considerato che la diminuzione del rendimento è influenzata anche da altri fattori che, come affermato anche dal Dr. \_\_\_\_\_, rendono difficile la valutazione della stessa, tra cui le straordinarie capacità mnemoniche sviluppate dall'assicurato, nonché gli strumenti operativi utilizzati per lo svolgimento dell'attività lavorativa, il datore di lavoro stesso risulta essere il più indicato a valutare l'effettivo rendimento che l'assicurato presenta. Egli infatti è l'unico in grado di poter comparare sul campo il lavoro svolto dall'assicurato con quello dei suoi colleghi. In tal senso, la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ ha tenuto conto anche delle indicazioni fornite dal datore di lavoro e si ritiene pertanto che la stessa sia da considerarsi la più affidabile. Si ritiene quindi di dover insistere nel chiedere la reiezione del ricorso." (doc. XXXVIII) Mediante scritto del medesimo giorno parte

ricorrente ha invece sostanzialmente ribadito la validità della perizia giudiziaria (XXXVII). Orbene, visto quanto sopra, non vi sono motivi per discostarsi dalla perizia giudiziaria, frutto di un'accurata e approfondita visita dell'assicurato. In primo luogo occorre rilevare che nel complemento peritale del 15 ottobre 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha pertinentemente ed esaustivamente preso posizione in merito alle singole censure sollevate dall'Ufficio AI. In particolare, al "peggioramento" di cui alla risposta no. 2 delle domande TCA, il perito, ammettendo di aver maldestramente utilizzato tale termine, ha ben spiegato che i valori relativi allo status oftalmologico erano più bassi, anche se in misura leggera, rispetto alla valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_. Valori che nella delucidazione del 31 agosto 2018 il perito ritiene presenti già al momento della perizia amministrativa (complemento peritale 15 ottobre 2018 punto a). Egli non ha tuttavia escluso in futuro un peggioramento (risposta domanda no. 6 parte ricorrente) dovuta alla diminuzione dell'acuita visiva con aumento del deficit compimetrico (risposta domanda no. 7 parte ricorrente). Rilevante è poi che il perito (sempre nel complemento peritale del 15 ottobre 2018, al punto b) ha ribadito i motivi per cui si è discostato dalla valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, avendo "preso in maggiore (rispetto alla perizia amministrativa n.d.r) considerazione e motivato il perché il risultato del campo visivo, reputandolo significativo grazie al grado di affidabilità (dell'esame) espresso dai valori numerici del programma di ricerca degli errori incluso nella procedura dell'esame stesso". Inoltre, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha pertinentemente spiegato il motivo per cui non condivide la valutazione del suo collega, in quanto "giudichiamo che un ipovisus bilaterale associato ad un deficit compimetrico centrali comporti una riduzione di rendimento superiore al 50% nell'attività lavorativa di impiegato di banca svolta dal sig. RI 1" (risposta domanda no.2 della parte convenuta). Il perito giudiziario ha poi esaustivamente e convincentemente spiegato le differenze dei valori oftalmologici delle perizie, prendendo infine posizione sulle conclusioni della giurista dell'AI (cfr. complemento peritale 15 ottobre 2018 punti c e d). Va poi rilevato che, alla stregua del med. \_\_\_\_\_, il perito giudiziario ha avuto a disposizione il mansionario dell'assicurato, come pure la documentazione fotografica della postazione di lavoro dello stesso. Certo, come ammesso dallo stesso perito nel citato complemento del 15 ottobre 2018, "la valutazione della capacità lavorativa del peritando è di non facile valutazione in quanto egli riesce a sopperire con capacità mnemoniche straordinarie quello che la sua vista non gli permetterebbe normalmente di fare", spiegando tuttavia che "sulla base del campo visivo e sul genere di attività su schermate complesse come quelle dei terminali economici" e ritenendo "più che plausibile e giustificata una riduzione del rendimento del 55%." A tale spiegazione va data adesione. Nondimeno, volendo ritenere, come sostenuto dal SMR nelle annotazioni 2 ottobre 2018, che si tratti di una diversa valutazione della stessa fattispecie, priorità va data al perito giudiziario dalla cui valutazione non vi sono motivi per discostarsi. Infine, pur essendo vero che, come rilevato dall'amministrazione nelle osservazioni 5 novembre 2018, il datore di lavoro risulta essere il più indicato a valutare l'effettivo rendimento dell'assicurato, lo stesso non è stato comunque preciso nel quantificare l'esatta percentuale d'incapacità lavorativa, indicando un differenziale tra il 40 – 50%. Inoltre, come risulta dalla nota telefonica 28 settembre 2016 il responsabile del personale della banca aveva invece valutato un rendimento del 50% in un'attività al 100% (pag. 312 inc. AI). In queste circostanze, alla perizia giudiziaria del dr. med. \_\_\_\_\_ va conferito valore probatorio pieno, senza che sia necessario, come sostenuto dall'Ufficio AI, sottoporre le conclusioni peritali al dr. med. \_\_\_\_\_. Ne consegue che RI 1, secondo il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito

delle assicurazioni sociali (fra le tante cfr.: DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195), è inabile al 50% dal 26 luglio 2015, giorno dell'inoltro della domanda di prestazioni, sia nella sua che in altre attività (a tale riguardo cfr. annotazioni 22 giugno 2017 del SMR in doc. 197 inc. AI). Ritenuto che l'assicurato non può mettere a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa in altra attività, il ricorrente presenta di conseguenza un discapito economico del 50% (cosiddetto raffronto percentuale dei redditi; cfr. al riguardo: DTF 137 V 337 consid. 3.1.1 con riferimento a DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti). Ne consegue che, scaduto il termine di attesa, dal 1° luglio 2016 l'assicurato ha diritto ad una mezza rendita. Da ultimo, visto l'esito del ricorso, non è necessario indire una pubblica udienza per esporre e discutere la fattispecie. 2.6. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, rappresentato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili. 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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 di fr. 1'000.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto. § La decisione impugnata è annullata. §§ RI 1 ha diritto ad una mezza rendita dal 1° luglio 2016. 2. Le spese per fr. 1'000.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà al ricorrente fr. 2'000.-- per ripetibili (IVA inclusa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni II

presidente  
Cattaneo

Il segretario Daniele  
Gianluca Menghetti

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