

TI_GERICHTE 32.2007.375 vom 15. Januar 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-01-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.375

FR: TI_GERICHTE 32.2007.375 du 15 janvier 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2007.375 del 15 gennaio 2009

Regeste

A ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto alla rendita, in quanto il grado d'invalidità dell'assicurato in attività che non richiedono la visione stereoscopica corrisponde al 10%, ciò che non dà diritto ad una rendita. Istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio accolta

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Questa giurisprudenza è stata recentemente confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C_830/2007 del 27 luglio 2008, vedi anche la sentenza 9C_382/2008 del 22 luglio 2008. Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato

che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza 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 (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di

giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza 9C_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. _____, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. _____ (DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)” In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.5. Nella decisione del 14 giugno 2006 l'UAI ha negato le prestazioni all'assicurato fondandosi in primo luogo sul rapporto medico del 26 agosto 2005 del Dr. _____ che ha diagnosticato una corioretinosi miopica OD senza ripercussioni sulla capacità lavorativa e uno stato dopo l'intervento bilaterale di cataratta. Lo specialista ha indicato quale conseguenza del disturbo alla salute sull'attuale attività lavorativa di RI 1: “difficoltà soggettiva di visione del computer”. Il medico ha ritenuto ancora proponibile l'attuale attività e negato una diminuzione del rendimento. L'assicurato inoltre - a mente del Dr. _____ - è in grado di svolgere altre attività che non richiedono una visione stereoscopica senza un rendimento ridotto (doc. AI 34-3). Il medico del SMR, Dr. _____, nel proprio rapporto medico del 31 maggio 2006 ha ripreso le indicazioni del Dr. _____, secondo cui l'unica limitazione funzionale consiste per lavori con richiesta di visione stereoscopica, mentre per altre attività non vi sono limiti funzionali. Il Dr. _____ ha aggiunto che la patologia cutanea non è di natura invalidante (doc. AI 47-1). A seguito dell'opposizione dell'assicurato e della nuova documentazione medica prodotta, il medico del SMR, Dr.ssa _____, nelle proprie annotazioni del 21 agosto 2006 ha rilevato: " (...) Valutazione SMR: in confronto al 2005 il visus risulta sostanzialmente invariato (OD 0.5 nel 2004). Anche le sineresi vitreali OS con miodesopsie e fopsie erano già presenti da tempo (vedi rapporto visita Dr. _____

del 15.12.2005) e non motivano una riduzione della capacità lavorativa in attività che non richiede la visione stereoscopica, come valutato dall'oftalmologo curante stesso nel suo rapporto medico AI del settembre 2005. Non è quindi oggettivo un peggioramento dello stato di salute in confronto al 2005 e non ci sono quindi motivazioni per sostenere una diminuzione della capacità lavorativa in attività che non richiede la visione stereoscopica come quelle lavorative svolte fino al 1998 e come quella attualmente svolta da persona senza attività lavorativa. Il fatto che ci sia un corso una valutazione oftalmologica per eventuale intervento di vitrectomia OS non cambia l'attuale situazione." (doc. AI 56-1). In data 6 novembre 2006 la Dr.ssa _____ ha poi annotato: " La nuova documentazione medica presentata (rapporto _____ del 03.10.2006) non evidenzia un cambiamento dello stato di salute come valutato precedentemente (vedi rapporto SMR Dr. _____ del 31.05.2006 e le mie annotazioni del 21.08.2006). Viene esplicitamente affermata una situazione a livello dell'occhio sinistro assolutamente normale (con visus normale 1.0) che non richiede nessun tipo di trattamento. Quindi non si giustifica una diminuzione della capacità lavorativa in attività che non richiede la visione stereoscopica, compresa quella di "casalingo", impiegato amministrativo, rappresentante o simili" (doc. AI 59-1). Il Dr. Med. _____, spec. FMH in medicina interna e oncologia in data 1° ottobre 2007 ha prodotto il seguente referto: " In seguito prendo posizione come medico curante del Signor RI 1 che seguo dal 02.10.2003, per quanto riguarda la vostra decisione del 14.06.2006 dove risulta nessun diritto ad una rendita d'invalidità e/o ad una riqualifica professionale. Innanzitutto vorrei sottolineare che il Signor RI 1 chiede soprattutto una riqualifica professionale, considerato che per i suoi problemi di vista sicuramente ha problemi ad eseguire il suo lavoro come assicuratore. Comunque cosa non risulta dalla vostra decisione, che comunque da parte mia è da segnalare, una diagnosi di un morbo di Basedow nell'agosto 2003. Questa malattia è conosciuta anche per alterazioni psichiche importanti che in questo momento non permetterebbero al Signor RI 1 di lavorare in ogni caso. Questa malattia è stata trattata con beneficio con il Neo-Mercazole. Comunque, le alterazioni psicologiche che sicuramente si potevano anche discutere coinvolgendo uno psichiatra, hanno lasciato le loro tracce nel senso che il Signor RI 1 soffre di una sindrome ansiosa importante, in parte anche depressiva, un fatto che sicuramente prolungava un'assenza dal lavoro. Inoltre, una ricaduta del morbo di Basedow è sempre possibile. Purtroppo, nel marzo 2006, è stato diagnosticato una mycosis fungoides, un linfoma della cute, che chiedeva di nuovo un trattamento impegnativo. Quindi si tratta di un paziente che ha presentato una malattia endocrinogena, Morbo di Basedow, che causa alterazioni depressive e soprattutto momenti di angoscia importanti e poco dopo questa diagnosi è stata diagnosticata un linfoma della cute, quindi un tumore maligno, che inoltre ha avuto un impatto sfavorevole sulla psiche del paziente. Quindi tranne la situazione somatica, anche dal lato psichico il Signor RI 1 era inabile, al lavoro nel 2006. Dall'altra parte, cosa apprezzo molto è che il Signor RI 1 chiede adesso una nuova riqualifica nella vita professionale e si interessa al settore sociale e sanitario, ragione per cui le chiedo di rivalutare la vostra decisione e in seconda linea per quale motivo non dare una mano ad una persona che, dopo tutto quello che ha subito, è disposto a riprendere un lavoro regolare." (Doc. AI 60) Nelle annotazioni del 5 ottobre 2007 il medico SMR, Dr. _____, ha poi indicato che la nuova documentazione medica pervenuta dal Dr. _____, indica una patologia endocrinologica "Morbo di Basedow", che con le dovute accortezze terapeutiche, non ha influenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato. La patologia dermatologica mycosis fungoides è già stata considerata nel rapporto del SMR del 31 maggio 2006, mentre

lo stato di depressione non trova un oggettivo riscontro (doc. AI 62-1). L'UAI, sulla base delle indicazioni dei medici del SMR precedentemente illustrate ha respinto l'opposizione e confermato il proprio provvedimento non essendo stata riscontrata alcuna incapacità lavorativa (doc. AI 64-1). In sede ricorsuale l'insorgente ha nuovamente prodotto il referto del Dr. Med. _____ del 1° ottobre 2007 e il certificato medico oculistico del 12 novembre 2007 del Dr. Med. _____, del seguente tenore: " Si tratta di un paziente con una maculopatia atrofica, su base miopica, che può ridurre la performance visiva, limitando la capacità di concentrazione, a causa delle metamorfopsie che da essa originano. La presenza di uno scotoma centrale non soppresso e le alterazioni dell'epitelio pigmentato possono provocare una distorsione delle immagini. Non vi è una perdita assoluta della visione binoculare, ma proprio per questo fatto ci può essere un maggiore disturbo da parte dell'occhio colpito. In questo caso l'OD può influire negativamente sulla qualità della visione del signor RI 1 inducendo una scarsa capacità di concentrazione durante la lettura e l'elaborazione del linguaggio scritto." (Doc. C) Il TCA, in data 14 novembre 2008, sulla base del referto medico del 12 novembre 2007 del Dr. Med. _____, ha chiesto a quest'ultimo di quantificare la percentuale di inabilità lavorativa di RI 1 (doc. X). Il Dr. Med. _____, Capoclinica del _____ dell'Ospedale _____ di _____, il 27 novembre 2008 ha dato la seguente risposta: " Egregio Avvocato, in risposta alla sua lettera del 14 novembre 2008 desidero comunicarle che la mia opinione a riguardo sarebbe orientata ad una riqualificazione professionale piuttosto che un grado di invalidità. Quest'ultima infatti presuppone una rendita per il paziente, ma non potendo essere del 100%, a mio parere, non esclude comunque l'obbligo di utilizzare dei computer a scopo lavorativo. In questo caso riproporrebbe il disagio accusato dal paziente in passato. A mio modesto parere, la riqualificazione professionale aiuterebbe di più il signor RI 1 ad essere reintrodotta nel mondo lavorativo al 100%, ma escluderebbe il ripresentarsi del disagio per cui si è reso necessario prendere dei provvedimenti" (doc. XII).

2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi

imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati

dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto l'UAI sulla base delle valutazioni dei medici del SMR. Per quanto riguarda l'aspetto oftalmologico il Dr. _____, spec. FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia e medico curante, il 26 agosto 2005 ha diagnosticato una corioretinosi miopica OD e uno stato dopo

l'intervento bilaterale di cataratta. Egli ha negato una diminuzione del rendimento e considerato ancora proponibile l'attuale attività di impiegato con la sola limitazione funzionale per lavori che richiedono una visione stereoscopica (su questo tema vedi: <http://it.wikipedia.org/wiki/Stereoscopia>). Inoltre il medico ha indicato che l'assicurato è in grado di svolgere altre attività che non richiedono questo tipo di visione senza una diminuzione del rendimento (doc. AI 34-1 / 34-3). Sulla base del rapporto del 21 luglio 2006 del medesimo specialista (doc. AI 51-2), la Dr. ssa _____ del SMR il 21 agosto 2006 ha poi confermato l'assenza di un peggioramento dello stato di salute del paziente rispetto al 2005 e negato che vi sia una diminuzione della capacità lavorativa in attività che non richiedono la visione stereoscopica (doc. 56-1). Anche il referto del 3 ottobre 2006 dell' _____ non ha fornito una valutazione che si scosta da quanto illustrato dai medici del SMR. Il Dr. _____ dell'ospedale vodese ha precisato: " Je ne pense pas qu'il faille entreprendre quoi que ce soit du point de vue traitement. J'ai expliqué à Monsieur RI 1 que la situation de l'OG était absolument normale et qu'il y avait très peu de risque qu'une dégénérescence rétinienne se manifeste à l'OD actuellement " (doc. AI 57-2). La Dr.ssa _____ ha ribadito il 6 novembre 2006 (doc. AI 59-1) che il rapporto dell' _____ non evidenzia un cambiamento dello stato di salute e che pertanto non si giustifica una diminuzione della capacità lavorativa. Per quanto riguarda infine il certificato medico del 12 novembre 2007 del Dr. _____ esso si limita ad indicare che l'assicurato soffre di una maculopatia atrofica, su base miopica, che può ridurre la performance visiva, limitando la capacità di concentrazione, a causa delle metamorfopsie che da essa originano. Lo specialista aggiunge che lo scotoma centrale non soppresso e le alterazioni dell'epitelio pigmentato possono provocare una distorsione delle immagini. Non vi è una perdita assoluta della visione binoculare, ma ci può essere un maggiore disturbo da parte dell'occhio colpito che può influire negativamente sulla qualità della visione del signor RI 1 inducendo una scarsa capacità di concentrazione durante la lettura e l'elaborazione del linguaggio scritto. Sulla base di tale diagnosi e valutazione questa Corte ha interpellato il Dr. Med. _____ in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato (doc. X). Il Dr. Med. _____, Capoclinica del _____ dell'Ospedale _____ di _____, nel proprio scritto di risposta del 27 novembre 2007 (doc. XII) ha escluso un grado d'invalidità del paziente ritenendo più adeguata una riqualifica professionale. Egli sostanzialmente ha confermato quanto emerso dalle precedenti valutazioni, ovvero che la sola limitazione funzionale consiste per lavori con una visione stereoscopica (ossia quelli che richiedono l'uso del computer). In particolare il Dr. _____ afferma che " la riqualifica professionale aiuterebbe di più il signor RI 1 ad essere reintrodotta nel mondo lavorativo al 100%... " (doc. XII). Alla luce dei certificati medici appena citati, questa Corte ritiene perciò che l'assicurato nelle attività svolte precedentemente, in particolare quella di impiegato amministrativo, rappresentante o simili, che in tutte le altre è da ritenere abile al lavoro in misura piena con la sola limitazione funzionale per lavori che richiedono una visione stereoscopica, così come ha indicato il medico del SMR nelle proprie annotazioni del 6 novembre 2006 (doc. AI 59-1) e confermato dal Dr. _____ il 27 novembre 2007. Anche, le immagini fotografiche (doc. VI bis) prodotte dal ricorrente il 2 gennaio 2008 a sostegno delle proprie argomentazioni sono prive di una diagnosi, di una valutazione della patologia dell'assicurato e del suo influsso sulla capacità lavorativa, nonché del decorso della patologia e di una prognosi. Le stesse dunque non adempiono ai requisiti richiesti dalla giurisprudenza per ritenere che un rapporto medico abbia valore probatorio (cfr. consid. 2.6.) e non sono atte a mettere in dubbio le conclusioni alle quali sono giunti i

medici del SMR. Per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto, le immagini prodotte dal ricorrente datate 20 dicembre 2007 (doc. VI bis) fanno inoltre riferimento ad una situazione clinica dell'assicurato posteriore alla decisione impugnata e dunque, anche per questa ragione, non sono rilevanti nella presente procedura. Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle valutazioni dei medici del SMR che non sono state del resto smentite da certificati medico-specialistici attestanti un peggioramento della patologia oftalmologica, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Per quanto riguarda la patologia dermatologica l'Ospedale _____ di _____ ha posto la diagnosi di "mycosis fungoides stadio Ia" (doc. AI 42-2) che il Dr. Med. _____ del SMR, nel proprio rapporto del 31 maggio 2006, ha valutato ad uno stadio iniziale con unicamente efflorescenze di tipo passeggero e assenza di prurito. A tale stadio la patologia non è ritenuta invalidante in quanto non ha ripercussioni sullo stato generale del paziente (doc. AI 47-3). Il Dr. Med. _____, spec. FMH in medicina interna e oncologia, nel suo referto del 1° ottobre 2007 (doc. D) ha confermato la presenza di una mycosis fungoides (linfoma della cute) che ha avuto un impatto sfavorevole sulla psiche del paziente. Anche in questo caso tuttavia il medico curante di RI 1 non ha indicato quale ripercussione questo linfoma avrebbe sulla capacità lavorativa del ricorrente limitandosi a ritenere il paziente inabile al lavoro a causa del morbo di Basedow, delle sue conseguenze psichiche, e del linfoma della cute senza differenziare l'incidenza di ogni patologia sulla capacità lavorativa residua dell'insorgente. Questa certificazione, seppur stesa da un medico specialista FMH in medicina interna e oncologia, è del tutto generica e priva di una valutazione specifica della patologia oncologica e del suo influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Anzi, il Dr. _____ si è soffermato piuttosto sulla patologia psichiatrica (le alterazioni depressive e i momenti di angoscia) e su quella endocrinogena (morbo di Basedow) per le quali tuttavia non è uno specialista in materia. Ne discende che tale attestazione non è atta ad inficiare il parere del medico del SMR, Dr. _____. Dal profilo endocrinogeno e psichiatrico agli atti vi è unicamente il certificato medico del Dr. _____ che ha diagnosticato il morbo di Basedow (malattia endocrinogena), all'origine di alterazioni depressive e soprattutto momenti di angoscia importanti, e il linfoma della cute, di cui già si è detto. Tali patologie hanno avuto – secondo il Dr. _____ - un impatto sfavorevole sulla psiche del paziente (doc. AI 60). Per quanto riguarda la patologia endocrinologica "morbo di Basedow" (patologia tiroidea) il Dr. _____ del SMR il 5 ottobre 2007 ha escluso, con le dovute accortezze terapeutiche, un'influenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato (doc. AI 62-1). Anche il Dr. _____ nelle proprie annotazioni del 4 dicembre 2007 ha ripreso la nota del collega Dr. _____ aggiungendo che tale patologia nella fase più acuta può provocare dei sintomi psichici legati ai disequilibri ormonali che è possibile riassetare nel corso di pochi mesi come pure l'eventuale problematica psichica. È possibile poi una reazione depressiva in occasione della diagnosi di mycosis fungoides. Egli ha tuttavia confermato che la patologia psichica non risulta minimamente documentata (doc. IV 2). Il TCA non ha motivo per distanziarsi neppure da tale valutazione che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Va qui ricordato che se, da una

parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). A mente del TCA il certificato del Dr. _____, steso peraltro da un medico non specialista in psichiatria, generico, privo di diagnosi secondo una classificazione riconosciuta, senza una valutazione delle patologie dell'interessato e del loro influsso sulla capacità lavorativa, senza esporre il decorso della patologia, indicare una prognosi e fornire una descrizione dei trattamenti intrapresi, non adempie quindi i requisiti richiesti dalla giurisprudenza per ritenere che un rapporto medico abbia valore probatorio (cfr. consid. 2.6.) e non è atto a mettere in dubbio le conclusioni alle quali sono giunti i medici del SMR, circa l'assenza di patologie psichiatriche invalidanti. Al riguardo, cfr. STF 9C 376/2007 del 13 giugno 2008, nella quale l'Alta Corte ha considerato influente un certificato medico stilato dallo psichiatra curante, il quale riferisce unicamente dell'inizio di un trattamento specialistico per un episodio depressivo di media gravità, senza tuttavia esprimersi minimamente su un'eventuale incidenza (presente e/o passata) invalidante dei disturbi psichici. Il TCA sottolinea a tal proposito che in una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). Giova ricordare inoltre un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les

conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...) " Tutto ben considerato, dunque, a mente del TCA non vi sono motivi per distanziarsi dalle conclusioni dei medici del SMR, alle quali deve essere attribuita, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.6.), forza probatoria piena, in quanto approfondite, complete e motivate. 2.8. In esito alle considerazioni che precedono, questa Corte ritiene dunque dimostrato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; vedi pure D. Cattaneo "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie*. Ed. CFPG e Helbing Lichtenhahn, Lugano e Basilea 2008, pag. 203 seg. - 215 e 277 -), che l'assicurato sia nelle precedenti attività svolte che in altre attività presenta un grado di capacità lavorativa del 100%, con il solo limite funzionale per lavori che richiedono una visione stereoscopica. 2.9. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa, del 100% in attività che non richiedono la visione stereoscopica, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.10. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 200 pag. 161 consid. 3b (I 357/01) e dottrina citata). Nel caso di specie, l'assicurato ha svolto svariate attività: impiegato nel campo delle assicurazioni, commesso, rappresentante, impiegato presso un albergo, agente di vigilanza, impiegato presso uno studio medico e infine dal 1998 non ha più esercitato alcuna attività lucrativa. Questa Corte ritiene, dunque, che vista la lunga inattività dell'assicurato, il reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza invalidità va determinato sulla base dei dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, in attività semplici e ripetitive. 2.11. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF

126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Orbene, utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2006 una professione che presuppone un livello di qualifica 3 (conoscenze professionali e specializzate) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'608.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 1/2-2007, p. 94), esso ammonta a fr. 5'846.34 mensili oppure a fr. 70'156.08 per l'intero anno (fr. 5'846.34 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto, il TCA ritiene corretto applicare una riduzione del 10%, in quanto l'unica limitazione funzionale è quella relativa ai lavori che richiedono la visione stereoscopica. Un'ulteriore riduzione non entra in considerazione, in particolare quella per l'età dell'assicurato, nato nel 1951. Ritenuto che sia il reddito da valido, sia quello da invalido, vanno determinati sulla base dei dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, il grado di invalidità dell'assicurato in attività che non richiedono la visione stereoscopica corrisponde alla riduzione percentuale del 10%, ciò che non dà diritto ad una rendita di invalidità né ad una riqualifica professionale, come stabilito dall'amministrazione. La decisione impugnata va dunque confermata. Visto l'esito della vertenza può rimanere indecisa la questione se l'assicurato abbia o meno assolto la condizione dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI di un anno di

incapacità lavorativa per almeno il 40%, senza notevoli interruzioni, come indicato dall'UAI nella decisione oggetto del ricorso (doc. 64-1). Si ricorda tuttavia alla ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4).

2.12. L'assicurato ha chiesto al TCA l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (I). Al proposito va nuovamente ribadito che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici.

2.13. 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 complessivi fr. 200.-- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.14.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: "(...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)".

2.14. Il ricorrente ha infine postulato di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il

quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). In casu, il ricorrente, coniugato si trova nel bisogno. Il medesimo dispone in effetti, quali entrate, di una rendita mensile assistenziale di fr. 650.-- / fr. 750.-- e dello stipendio della moglie _____, dipendente della _____ di _____, di fr. 2'930.- mensili (cfr. doc. B). L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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