

TI_GERICHTE 32.2007.82 vom 5. Februar 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-02-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.82

FR: TI_GERICHTE 32.2007.82 du 5 février 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.82 del 5 febbraio 2007

Regeste

Assicurato, gestore a titolo indipendente di un esercizio pubblico, non ha diritto ad una rendita d'invalidità, essendo il suo grado di invalidità, calcolato secondo il metodo straordinario, inferiore alla percentuale minima del 40%

Erwägungen

E. 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 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). 2.5. Nella presente fattispecie, l'amministrazione ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale, nel suo referto del

E. 6

marzo 2006, ha posto le diagnosi di "gonalgie su iniziali alterazioni degenerative del compartimento mediale, nonché condropatia delle patelle bilateralmente; sindrome cervico-vertebrale su osteocondrosi a livello C6/C7 con spondilosi anteriore, nonché condrosi C5/C6" (doc. 20-26). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____, dopo aver rilevato che i reperti radiologici sono piuttosto blandi, ha indicato che le alterazioni dell'apparato muscolo-scheletrico, di modesta entità, non giustificano un'incapacità

lavorativa nell'attività professionale svolta di gerente di un bar o pizzaiolo, concludendo che l'interessato, tenuto conto delle sole patologie di tipo reumatologico, è abile al lavoro nella forma completa in tutte le attività svolte finora (doc. 20-27). L'aspetto ORL è stato oggetto di valutazione da parte del dr. _____, spec. FMH ORL chirurgia cervico-facciale, il quale, nel rapporto del 27 febbraio 2006, dopo aver posto le diagnosi di "stato post-neuronite vestibolare (labirintite) orecchio sinistro, con recupero completo oggettivo e clinico; instabilità soggettiva", ha giudicato l'assicurato abile al lavoro nella misura del 60%-70%, aggiungendo, quale commento personale: " (...) Quello che rimane marcante della storia del paziente è l'opposizione completa fra i fastidi soggettivi verbalizzati e lo stato clinico e strumentale recente. Da una parte abbiamo un recupero completo, senza nessun segno oggettivo di deficit. D'altra parte il paziente dà con le parole le descrizioni dei suoi fastidi che, devo ammettere, integrabili e sovrapponibili con la clinica. Solitamente pazienti che hanno una persistenza di fastidi, lo descrivono con parole molto semplici e in altro modo. Dobbiamo ben riflettere se per essere corretti verso il paziente e i suoi diritti, si debba prendere in eventuale considerazione un esame otoneurologico più approfondito in ambito universitario." (Doc. 20-20) Infine, la dr.ssa _____, medico-chirurgo specialista in psichiatria, nel suo rapporto del 23 febbraio 2006, poste le diagnosi di "fobia situazionale F40.2 con agorafobia e DAP F40.01; obesità tipo III non BED", ha rilevato che lo stato psicologico dell'interessato appare tale da limitare in parte l'esercizio della sua attività lavorativa in virtù del fatto che si vive a tratti "deficitario" e bisognoso di riposo e accudimento, ritenendolo quindi inabile al lavoro al 25% nell'ultima attività svolta di gerente di pizzeria e in altre teoriche attività esigibili, commisurate alle sue attuali competenze tecnico-professionali. La dr.ssa _____ ha poi sottolineato l'importanza di un trattamento psicoterapeutico, con una presa a carico continuativa da parte di uno psichiatra, che possa rivalutare e monitorare la risposta alla terapia farmacologica, al fine di migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato sul posto di lavoro attuale. La specialista ha poi consigliato di effettuare un nuovo contatto peritale a un anno di distanza dall'attuazione del trattamento psicoterapeutico (doc. 20-15+16). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 13 marzo 2006, i medici del SAM hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "sensazione soggettiva d'instabilità su pregressa neuronite vestibolare a sinistra con recupero clinico e strumentale completo; fobia situazionale (F40.2) con agorafobia, claustrofobia, disturbo di attacchi di panico (F40.01)" e, quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quelle di "gonalgie bilaterali su iniziali alterazioni degenerative al compartimento mediale e condropatia delle patelle bilaterali; sindrome cervico-vertebrale su osteocondrosi C6-C7 con spondilosi anteriore e condrosi C5-C6; obesità (BMI ca. 39.5) con dislipidemia" (doc. 20-7). I periti hanno inoltre segnalato che non vi sono altre patologie che limitano la capacità lavorativa dell'interessato, osservando che a livello polmonare la funzione polmonare è risultata normale, senza segni per malattie ostruttive e restrittive e ricordando che a livello cardiocircolatorio è stata esclusa una cardiopatia ischemica (doc. 20-9). I periti hanno quindi valutato globalmente l'assicurato abile al lavoro al 65% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) quale esercente e in attività simili, compresa quella di pizzaiolo, a partire da marzo 2005 e continua. Parimenti, i medici del SAM hanno considerato l'assicurato abile al lavoro al 65% in attività adeguate, leggere e medio-leggere, da svolgere in ambienti non pericolosi (da evitare lavori su scale a pioli e su impalcature), da marzo 2005 (doc. 20-10). Per il periodo precedente, per contro, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro dal mese di ottobre 2004 fino al mese di

marzo 2005 (doc. 20-10). I medici del SAM hanno poi indicato che, al momento dell'esame peritale, non era possibile postulare un futuro miglioramento della capacità lavorativa, consigliando tuttavia una presa a carico psichiatrica, così come raccomandato dalla consulente psichiatra, per migliorare i disturbi dell'interessato (doc. 20-10). 2.6.

L'assicurato ha contestato la perizia del SAM, criticando il fatto che l'UAI non lo abbia sottoposto, come invece consigliato dal consulente ORL (dr. _____), ad un consulto otoneurologico approfondito a livello universitario (cfr. doc. 20-20). Su richiesta del suo curante, dr. _____, spec. FMH malattie orecchio-naso-gola e chirurgia cervico-facciale, l'assicurato è stato sottoposto in data 24 aprile 2007 ad un consulto otoneurologico presso l'Ospedale universitario di _____ (doc. VIII/3). Nel rapporto del 24 aprile 2007 i medici responsabili del consulto oto-neurologico hanno posto le seguenti diagnosi: " Unklare Schwindelsymptomatik mit Verdacht auf atypische Migräne DD psychogen verursachter Schwindel bei Panikstörung Nebendiagnose: Verdacht auf Schlaf-Apnoe-Syndrom." (Doc. VIII/3) Gli specialisti hanno poi indicato: " Beurteilung und Prozedere Die Ursachen der Schwindel- und Schmerzsymptome des Patienten sind nicht ganz klar. Aktuell liegen anamnestisch und klinisch keine Hinweise auf eine vestibuläre Schädigung vor. Auf der Suche nach möglichen Ursachen sind wir im Anamnesegespräch auf eine Angststörung mit multiplen Phobien wie Agoraphobie sowie Klaustrophobie gestossen. Da Angststörungen gehäuft mit Schwindel einhergehen, wäre dadurch der permanente Schwindel zu erklären. Auslöser dafür könnte der für den Patienten sehr bedrohlich wirkende Drehschwindelanfall mit massiver Epistaxis im Jahre 2004 gewesen sein. Differenzialdiagnostisch kommt auch eine atypische Migräne in Frage, Hinweise dafür sind die okzipitalen Kopfschmerzen unter denen der Patient oft leidet, die klopfenden linksseitigen Augen- und Schläfen betonten Kopfschmerzen sowie die vom Patientin gelegentlich beobachtete Licht- und Lärmempfindlichkeit. Der Patient gibt ausserdem eine Zunahme der Schwindelbeschwerden im Linksseitenlage an. In der klinischen Lagerungsprüfung konnten wir keinen Nystagmus auslösen. Aufgrund dessen halten wir einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel unwahrscheinlich. Diese Tatsache bestärkt jedoch den Verdacht auf eine atypische Migräne, bei der lageabhängiger Schwindel gehäuft zu beobachten ist. Aufgrund dessen beginnen wir eine Migräneprophylaxe mit Magnesiocard 2x5mmol bis maximal 3x10mmol/d. Bei guter Verträglichkeit des Medikamentes empfehlen wir eine Einnahme über einen längeren Zeitraum, um die Wirkung beurteilen zu können. Bezüglich der Angststörungen empfehlen wir dringend eine psychotherapeutische Therapie, denn durch eine Auseinandersetzung mit den Ängsten ist auch mit einer Besserung der Schwindelbeschwerden zu rechnen. Bei Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom, welches auch einen wesentlichen Beitrag zur Schwindel- und Schmerzsymptomatik liefern könnte, empfehlen wir vor allem auch aus allgemein-medizinischen Gründen eine genauere Untersuchung im Schlaflabor." (Doc. VIII/3) Il ricorrente ha quindi trasmesso al TCA lo scritto del 29 maggio 2007 del dr. _____, in dirizzato all'UAI, del seguente tenore: " Il paziente è appena stato visitato nella clinica ORL di _____ a causa di vertigini e sono state proposte una cura contro l'emigrania e un accertamento per escludere delle apnee notturne. Il paziente è quindi tuttora sottoposto ad ulteriori accertamenti." (Doc. VIII) L'assicurato ha pure trasmesso il certificato del 4 giugno 2007 del dr. _____, spec. FMH in medicina generale, in cui si legge: " Con la presente certifico che il paziente sopraccitato, in mia cura dal 2003, accusa dal 2004 frequentemente cefalee e disturbi vertiginosi, soggettivamente importanti e responsabili di una capacità lavorativa ridotta. Per questo motivo è stato sottoposto a degli

accertamenti presso il SAM dell'AI. In seguito alla perizia è stato pure valutato all' _____ di _____ alla _____. Per avere un secondo parere rispetto alla perizia SAM ed anche basandoci sul rapporto neuro-otologico del 24 aprile 2007 e le rispettive conclusioni, chiederemo un consulto psichiatrico, eventualmente una terapia psichiatrica, presso il dr. _____ a _____." (Doc. VIII/1) Al riguardo, nelle sue annotazioni dell'11 luglio 2007, il dr. D. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha osservato: " SAM 2.2006 Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa Sensazione soggettiva d'instabilità con/su: - pregressa neuronite vestibolare a sin. con recupero clinico e strumentale completo. Fobia situazionale (F40.2) con/su: - agorafobia, claustrofobia, disturbo d'attacchi di panico (F40.01). Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa Gonalgie bilaterali con/su: - iniziali alterazioni degenerative al compartimento mediale - condropatia delle patelle bilat. Sindrome cervicovertebrale con/su: - osteocondrosi C6-C7 con spondilosi ant. - condrosi C5-C6 Obesità (BMI ca. 39.5) con dislipidemia Decisione UAI del 5.2.2007 IL 100% dal 10.2004 al 3.2005 IL 35% dal 3.2005 a tuttora In sede di ricorso viene presentato: Rapporto Neuro-otologico _____ del 2.4.2007: - viene escluso un danno vestibolare - viene sospettata una vertigine psicogena (attacchi di panico) - viene proposto ancora di escludere una sindrome delle apnee notturne Valutazione: l'attuale rapporto dell' _____ conferma pienamente le conclusioni della valutazione SAM, ossia viene esclusa una patologia ORL di rilievo con disturbi da vedersi nell'ambito di una problematica psichica, patologia valutata adeguatamente in ambito SAM le cui conclusioni vanno quindi confermate." (Doc. XVI/bis) L'assicurato ha poi trasmesso al TCA ulteriore documentazione medica e meglio: - valutazione pneumologica del 26 giugno 2007 del PD dr. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie polmonari, indirizzata al dr. _____, che giunge alle seguenti conclusioni: " Il paziente presenta, all'ossimetria di screening, un tracciato compatibile con OSAS. È necessario confermare l'opportunità di una ventiloterapia notturna con CPAP tramite una poligrafia, che faremo eseguire prossimamente. Faccio notare come i pazienti sofferenti di emicrania associata ad un OSAS, possano migliorare anche la situazione algica con risoluzione degli episodi di ipodesaturazione notturna. Nel caso esista l'indicazione ad una CPAP, il problema potrebbe essere rappresentato da un paziente sofferente di claustrofobia, agorafobia e attacchi di panico, di regola poco complianti o resistenti al porto di una maschera nasale." (Doc. XVIII/2) - scritto del 24 luglio 2007 del dr. _____ al dr. _____, spec. FMH in neurologia, nel quale il curante riassume la fattispecie, indicando che, come consigliato nel rapporto dell' _____ di _____, l'assicurato è stato visitato dallo psichiatra dr. _____, " che esclude una patologia psichiatrica di rilievo " (doc. XVIII/1). Il dr. _____ indica inoltre che è stata confermata la presenza di OSAS, come risulta dal referto del dr. _____ (doc. XVIII/1). - referto del 17 settembre 2007 del dr. _____, spec. FMH in neurologia, del seguente tenore: " (...) Valutazione: anche dal lato neurologico è difficile trovare una spiegazione ai diversi disturbi accusati dal paziente, i disturbi vertiginosi e di equilibrio, essenzialmente soggettivi, sembrano residui da una vestibulopatia periferica sin. del 10.04, ma è molto inabituale l'assenza di una efficace compensazione centrale dopo 3 anni di evoluzione. Anche le cefalee sono atipiche, la descrizione non evoca una origine emicranica, è difficile valutare che ruolo possa svolgere la componente spondilogeno-tensiva o l'OSAS. In assenza di reperti patologici all'esame oto-neurologico o alla TAC cerebrale, le proposte terapeutiche sono limitate, nell'idea di una forma emicranica atipica si può discutere un tentativo con Topamax (25 mg 1-0-0 per

due settimane, 1-0-1 per altre settimane, 2x50 mg in seguito) che avrebbe forse qualche possibilità di favorire una riduzione ponderale, ma non mi faccio troppe illusioni in merito. A volte possono essere utili esercizi di fisioterapia per rieducazione dell'apparato vestibolare. Tra le misure generali è sicuramente auspicabile una ulteriore riduzione ponderale." (XX/bis) In corso di causa, questa Corte si è rivolta al Prof. dr. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie polmonari, invitandolo ad apprezzare se le patologie riscontrate all'assicurato (OSAS) influiscono o meno sulla sua capacità lavorativa e, nell'affermativa, in che misura (XXV). Questa è stata la sua risposta, pervenuta al TCA in data 22 febbraio 2008: " Le patologie riscontrate (probabile sindrome delle apnee del sonno di grado moderato) possono avere un influsso sulla capacità lavorativa del signor RI 1, di professione esercente, in grado minore. La percentuale stimata non può essere che approssimativa. Considerando le problematiche associate (emicranie atipiche, attacchi anamnestici di vertigini legati soprattutto ad attacchi di panico, quindi di probabile origine psicogena, presenza di problematiche psicologiche seguite dal dr. _____ di _____), valuterei in modo abbastanza soggettivo una misura di incapacità lavorativa del 20%." (Doc. XXVI) Il TCA ha poi sottoposto, per una presa di posizione, questa valutazione del dr. _____ al dr. _____, invitandolo in particolare ad indicare se tale apprezzamento è atto a modificare le conclusioni della sua perizia (XXVII). Con scritto del 3 marzo 2008 il dr. _____ ha rilevato: " La valutazione si basa unicamente sul problema ORL. Mi viene richiesto di pronunciarmi nell'ambito della mia specializzazione. Altri problemi aggiunti, vengono valutati separatamente e dalla somma delle valutazioni il SAM ne deduce/calcola l'inabilità lavorativa globale. Nel caso del signor RI 1, sulla base delle 2 citazioni del dr. _____, deduco che gli esami otoneurologici presso il Centro Universitario di _____ sono rimasti nella norma e hanno proposto la ricerca di un'eventuale sindrome dell'apnea da sonno (OSAS). Basandomi sulla tabella SUVA n. 14, cito e traduco in italiano: "le turbe soggettive psicogene che l'esame otoneurologico non riesce a mettere in evidenza, non sono da considerare come importanti, perché è dubbioso che siano responsabili di turbe importanti. Peraltro è poco probabile che perdurino tutta una vita.". Attenendomi a questo, avrei dovuto pronunciarmi per un massimo di menomazione del 5%, ossia un'abilità lavorativa del 95%. Vista la ragionevole incertezza (vedi miei commenti personali), sono stato "un po' più largo" per essere sicuro di rimanere corretto verso il paziente. Senza nessun dubbio il paziente presenta un'OSAS, valutata di grado moderato, che influisce sulla capacità lavorativa in grado minore (vedi dr. _____). Tanti pazienti con un'OSAS molto più grave lavorano al 100%! Se per l'ORL l'incapacità lavorativa è al massimo del 5% (stando largo) e per il dr. _____ è un 20%, arriviamo ad un'incapacità lavorativa del 25% e non lontana dalle mie proposte, anch'esse soggettive, di un 30% di incapacità." (Doc. XXVIII) Nelle sue annotazioni del 9 maggio 2008, il dr. _____ ha rilevato: " Vedi nota riassuntiva SMR del 11.7.2007 Lettera dr. _____ del 24.7.2007 : da parte dello psichiatra, dr. _____, è stata esclusa una malattia psichiatrica maggiore Valutazione neurologica dr. _____ del 17.9.2007 : non viene riscontrata una patologia neurologica particolare Rapporto dr. _____ del 22.8.2007 : apnee notturne di ridotta frequenza, non indicato trattamento CPAP per il momento Complemento del 19.2.2008 del dr. _____ : egli valuta l'influsso della sindrome delle apnee notturne sulla capacità lavorativa di grado minore, l'impedimento viene valutato in un 20% Presa di posizione del dr. _____ del 3.3.2008 : valuta un impedimento dal lato ORL/problematica vertiginosa al massimo in un 5%. Valutazione: dagli accertamenti eseguiti in ambito SAM ed in seguito risulta: - la presenza di una sindrome delle apnee di

grado moderato, al momento attuale non richiedente un trattamento CPAP e con potenziale influsso sulla capacità lavorativa massimo del 20%. Qui va detto che si tratta di una problematica trattabile, dove quindi sarebbe indicato, nell'ambito dell'obbligo di collaborare allo scopo di ridurre il danno, un trattamento tramite CPAP prima di riconoscere un impedimento di tipo invalidante - l'assenza di una problematica ORL/ vestibolare - l'assenza di una patologia psichiatrica maggiore (vedi valutazione SAM e psichiatra dr. _____) - la presenza di una problematica di tipo fobico/disturbi di attacchi di panico. In considerazione della normalità della valutazione ORL, i disturbi vertiginosi sono quindi da vedersi nel contesto di un "phobischer Schwankschwindel" quindi espressione della problematica fobica riscontrata in ambito SAM. La valutazione SAM va quindi confermata nella sua conclusione circa l'incapacità lavorativa essendo l'unica problematica invalidante la problematica fobica. IL tra l'altro confermata dalla valutazione pratica nell'ambito de metodo straordinario con riscontro di un grado di invalidità del 27.6%." (Doc. XXXVIII/bis) 2.7. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). Il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 si è espresso sul 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 e 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. (...)" (consid. 3.2) Infine, va 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, p. 571 seg., in particolare la nota 158, p. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). 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 p. 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 tenere conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita di integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. 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 (cfr. STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). 2.8. In una sentenza I 65/07 del 31 agosto 2007, il Tribunale federale ha ritenuto non probante la perizia effettuata da un medico SMR, a causa di irregolarità formali legate alla sua persona e all'esercizio della sua attività. In quel caso, il medico SMR aveva infatti effettuato una valutazione psichiatrica, apponendo, accanto alla sua firma, l'indicazione "specialista FMH in psichiatria". L'Alta Corte ha tuttavia sottolineato che, al momento di esprimere la sua valutazione, il medico SMR non era in possesso del titolo di "specialista in psichiatria e psicoterapia" ai sensi della legislazione federale in materia. Pur avendo seguito la formazione completa in psichiatria e psicoterapia, ricevendo una attestazione dalla FMH, egli non aveva conseguito il titolo postgrado di specialista, dato che non possedeva un

diploma federale di medicina o un diploma di medicina riconosciuto in Svizzera. Per le medesime ragioni egli non era nemmeno titolare del titolo di “psichiatra FMH”, posto che la sigla FMH è esclusivamente riservata ai membri della Federazione dei medici svizzeri (FMH) in possesso di un titolo postgrado federale o di un titolo di formazione postgraduata riconosciuto. Inoltre, nel caso in esame, il medico SMR, oltre a non essere abilitato ad esercitare la professione di medico a titolo indipendente, non era neppure abilitato ad esercitare a titolo dipendente, in mancanza di un diploma federale svizzero o di un diploma straniero riconosciuto, requisiti necessari per ottenere un’autorizzazione in tal senso. In una sentenza 32.2007.162 dell’8 maggio 2008 questo Tribunale ha già avuto modo di rilevare, sulla base delle precisazioni richieste in quell’occasione al SAM, che la dr.ssa _____, è in possesso, dal 16 novembre 2005, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del titolo in psichiatria e psicoterapia, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del diploma di laurea in medicina e chirurgia e del diploma di abilitazione all’esercizio della medicina e della chirurgia conseguiti all’estero (cfr. doc. XII e i relativi allegati presenti nell’inc. 32.07.162). Pertanto, il rapporto peritale del 23 febbraio 2006 allestito dalla dr.ssa _____ per conto del SAM può essere preso in considerazione da parte del TCA. 2.9. Dopo attento esame della fattispecie, questo Tribunale non ha motivi per mettere in dubbio la valutazione effettuata dai periti del SAM, che soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico abbia pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.7.) e può quindi validamente servire da base al presente giudizio senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori misure d’istruzione (perizia medica giudiziaria). Essi hanno debitamente tenuto conto delle singole affezioni invalidanti di cui l’assicurato è affetto, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa del 65% sia nella sua precedente attività di esercente, sia in altre attività leggere adeguate al suo stato di salute. Tali conclusioni sono poi state confermate dal dr. _____ del SMR, nelle sue annotazioni dell’11 luglio 2007 (doc. XVI/bis) e del 9 maggio 2008 (doc. XXXVIII/bis). I medici del SAM hanno ben evidenziato che le patologie che influiscono sulla capacità lavorativa dell’assicurato sono prevalentemente di natura ORL e, in misura minore, psichiatrica, mentre, di contro, l’interessato non presenta limitazione alcuna dal profilo reumatologico, polmonare e cardiocircolatorio, non risultando alcuna patologia in tali ambiti. 2.9.1. Riguardo alla patologia somatica, nel suo consulto reumatologico del 6 marzo 2006 il dr. _____ ha attentamente esaminato le patologie dell’assicurato, affetto da gonalgie su iniziali alterazioni degenerative del compartimento mediale, nonché condropatia delle patelle bilateralmente; sindrome cervico-vertebrale su osteocondrosi a livello C6/C7 con spondilosi anteriore, nonché condrosi C5/C6 (doc. 20-26). Il dr. _____ ha quindi evidenziato la presenza di reperti radiologici piuttosto blandi, con alterazioni di modesta entità per quanto riguarda l’apparato muscolo-scheletrico dell’interessato, che non giustificano un’incapacità lavorativa nell’attività professionale svolta di gerente di un bar o pizzaiolo (doc. 22-27, sottolineatura della redattrice). Tenendo in considerazione le sole patologie di tipo reumatologico, il paziente è quindi abile nella forma completa in tutte le attività svolte in precedenza. In sede ricorsuale l’assicurato non ha contestato queste conclusioni del reumatologo (doc. I). Né vi sono agli atti dei certificati medico-specialistici attestanti della patologie a livello reumatologico in grado di influire sulla capacità lavorativa dell’interessato, che possano sovvertire le risultanze della perizia del dr. _____. Il TCA ritiene pertanto che lo stato di salute dell’assicurato, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal dr. _____. 2.9.2. L’aspetto psichico è stato valutato

dalla dr.ssa _____, la quale, nel suo rapporto peritale del 23 febbraio 2006, ha posto le diagnosi di fobia situazionale (ICD10-F40.2) con agorafobia, claustrofobia e DAP (ICD10-F40.01), evidenziando che l'interessato presenta una sintomatologia del versante "nevrotico", con limitazioni sia sul piano lavorativo, che interpersonale. Egli infatti, bisognoso di riposo e accudimento, è stato ritenuto dalla dr.ssa _____ inabile al lavoro al 25% sia nella sua precedente attività, sia in altre attività adeguate, dato che " il rientro a pieno regime nella precedente attività rischia di produrre un ampliamento dei contenuti fobici e di inglobare anche lo spazio lavorativo negli "spazi" da evitare con peggioramento della prestazione lavorativa e della prognosi psichiatrica " (doc. 20-15). Le conclusioni della dr.ssa _____ non sono state contestate dall'assicurato in sede ricorsuale (doc. I). Né vi sono agli atti dei certificati medico-specialistici attestanti della patologie a livello psichiatrico maggiormente invalidanti, che possano sovvertire le risultanze della perizia della dr.ssa _____. Va inoltre evidenziato che, in corso di causa, l'assicurato è stato sottoposto, su richiesta del medico curante, dr. _____ (conformemente a quanto consigliato nel rapporto dell' _____ di _____), ad un consulto psichiatrico presso il dr. _____ di _____ (cfr. doc. VIII/1), il quale ha potuto escludere la presenza di una patologia psichiatrica di rilievo, come comunicato nello scritto del 24 luglio 2007 dal dr. _____ al dr. _____ (doc. XVIII/1, sottolineatura della redattrice). Nelle sue annotazioni del 9 maggio 2008 il dr. _____ ha sottolineato l'assenza di una problematica psichiatrica maggiore, come valutato dalla dr.ssa _____ in ambito SAM e ribadito dal dr. _____ (doc. XXXVIII/bis). Tali considerazioni del SMR possono essere condivise dal TCA. Questo Tribunale ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla dr.ssa _____. 2.9.3. L'aspetto ORL è stato analizzato dal dr. _____, il quale, nel suo consulto peritale del 27 febbraio 2006, dopo aver riscontrato uno stato post-neuronite vestibolare sinistra con recupero clinico e strumentale completo e ritenuta la presenza di sensazioni soggettive del paziente di instabilità, non oggettivabili, lo ha considerato abile al lavoro al 60%-70% (doc. 20-19, sottolineatura della redattrice). Il dr. _____ ha evidenziato che è evidente una opposizione completa fra i fastidi soggettivi dell'interessato e lo stato clinico e strumentale, che mostra per contro un recupero completo, senza nessun segno oggettivo di deficit. Lo specialista ha comunque indicato che la descrizione dei fastidi operata dall'assicurato è integrabile e sovrapponibile con la clinica, osservando che normalmente i pazienti che lamentano una persistenza di fastidi utilizzano parole molto più semplici. Il dr. _____ si è quindi interrogato sulla necessità o meno di sottoporre l'interessato ad un esame oto-neurologico a livello universitario (doc. 20- 20, in cui ha osservato: " dobbiamo ben riflettere se per essere corretti verso il paziente e i suoi diritti, si debba prendere in eventuale considerazione un esame oto-neurologico più approfondito in ambito universitario "). Sia i medici del SAM nelle loro conclusioni globali, sia l'UAI successivamente, non hanno ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato a tale tipo di approfondimento, senza commentare la riflessione del dr. _____. L'assicurato ha contestato le conclusioni della perizia SAM e in particolare del consulto del dr. _____, evidenziando che lo stesso specialista ORL ha indicato che occorre valutare la necessità " per essere corretti verso il paziente e i suoi diritti " di effettuare un esame oto-neurologico più approfondito in ambito universitario (doc. I). L'assicurato, in data 24 aprile 2007, si è sottoposto ad un esame oto-neurologico approfondito presso l'Ospedale universitario di _____ (cfr. doc. VIII/3). In quell'occasione, i medici dell'Ospedale universitario hanno proposto una cura

contro l'emicrania e un accertamento per escludere delle apnee notturne, di modo che l'assicurato ha dovuto essere sottoposto ad ulteriori accertamenti medici, come comunicato all'UAI dal dr. _____, spec. FMH malattie orecchio-naso-gola, con scritto del 29 maggio 2007 (doc. VIII). Come giustamente rilevato dal dr. _____ del SMR, nelle sue annotazioni dell'11 luglio 2007, dal rapporto oto-neurologico dell'Ospedale universitario di _____ del 2 aprile 2007, emerge l'esclusione di un danno vestibolare; si sospetta una vertigine psicogena (attacchi di panico) e viene proposto di valutare la presenza o meno di una sindrome delle apnee notturne. A mente del dr. _____, quindi, il rapporto dei medici dell'Ospedale universitario conferma pienamente le conclusioni della valutazione SAM, escludendo una patologia ORL di rilievo e inquadrando i disturbi nell'ambito di una problematica psichica, patologia già valutata adeguatamente in ambito SAM, le cui conclusioni vanno quindi confermate (doc. XVI/bis, sottolineatura della redattrice). Tali considerazioni del medico SMR possono essere condivise da parte di questo Tribunale. In seguito, nel referto del 17 settembre 2007, il dr. _____, spec. FMH in neurologia, ha potuto escludere l'esistenza di patologie neurologiche. Egli ha infatti evidenziato che " anche dal lato neurologico è difficile trovare una spiegazione ai diversi disturbi accusati dal paziente ", osservando che i disturbi vertiginosi e di equilibrio risentiti dall'interessato sono essenzialmente soggettivi, rimarcando che è molto inabituale l'assenza di una efficace compensazione centrale dopo 3 anni di evoluzione. Il dr. _____ ha poi concluso che " in assenza di reperti patologici all'esame oto-neurologico o alla TAC cerebrale, le proposte terapeutiche sono limitate " (doc. XX/bis, sottolineature della redattrice). Inoltre, occorre rilevare che anche il sospetto di una sindrome delle apnee da sonno è stato oggetto di approfonditi accertamenti medici. La presenza di una tale sintomatologia è stata attestata dal PD dr. _____, il quale, nella sua valutazione pneumologica del 26 giugno 2007 indirizzata al dr. _____, ha indicato che l'assicurato " presenta, all'ossimetria di screening, un tracciato compatibile con OSAS " (doc. XVIII/2). In seguito, nello scritto del 22 agosto 2007, il dr. _____ ha comunicato al dr. _____ che la poligrafia notturna ha rivelato episodi di apnee di tipo ostruttivo di ridotta frequenza, escludendo una CPAP e consigliando solo all'interessato di dormire il più possibile sui fianchi, aiutandosi con l'ausilio di una pallina da ping-pong cucita sulla schiena del pigiama (doc. B2). Successivamente, rispondendo ad un'esplicita richiesta di precisazioni del TCA, il dr. _____, con scritto del 19 febbraio 2008, ha indicato che la probabile sindrome delle apnee da sonno di grado moderato riscontrata all'assicurato può avere delle ripercussioni sulla sua capacità lavorativa, quale esercente, di grado minore. Lo specialista ha affermato che, " considerando le problematiche associate (emicranie atipiche, attacchi anamnestici di vertigini legati soprattutto ad attacchi di panico, quindi di probabile origine psicogena, presenza di problematiche psicologiche seguite dal dr. _____ di _____), valutei in modo abbastanza soggettivo una misura di incapacità lavorativa del 20% " (doc. XXVI). Al riguardo, il dr. _____, chiamato dal TCA ad esprimersi in merito all'apprezzamento del dr. _____, ha rilevato che gli esami otoneurologici presso il Centro Universitario di _____ sono rimasti nella norma; che le turbe soggettive psicogene che l'esame otoneurologico non riesce a mettere in evidenza non sono da considerare importanti e che l'OSAS presentata dal paziente è di grado moderato, sottolineando che pazienti con un OSAS ben più grave lavorano al 100%. Sulla base di tali premesse, il dr. _____ ha ritenuto che, dal punto di vista strettamente ORL, l'incapacità lavorativa dell'interessato è al massimo del 5%, che, aggiunta al 20% di incapacità lavorativa stimata dal dr. _____, porta ad una percentuale di incapacità

lavorativa del 25%, non lontana dalla percentuale del 30% da lui indicata in ambito SAM “stando un po’ più largo” (doc. XXVIII). Al riguardo, nelle sue annotazioni del 9 maggio 2008, il dr. _____ del SMR ha sottolineato che la presenza di una sindrome delle apnee da sonno, di grado moderato e che non richiede al momento un trattamento CPAP, porta al massimo ad un’incapacità lavorativa del 20%, rilevando tuttavia il carattere trattabile di tale problematica (doc. XXXVIII/bis). Inoltre, il dr. _____ ha indicato che, in considerazione della normalità della valutazione ORL, i disturbi vertiginosi dell’assicurato sono quindi da vedersi nel contesto di un “phobischer Schwankschwindel” quindi espressione della problematica fobica riscontrata in ambito SAM (doc. XXXVIII/bis). Queste considerazioni del SMR possono essere condivise dal TCA. Alla luce di quanto appena esposto, a mente del TCA non vi è quindi motivo per ritenere inaffidabile il consulto ORL del dr. _____ del 27 febbraio 2006. Dal successivo esame oto-neurologico del 24 aprile 2007 presso l’Ospedale universitario di _____ e dalle indagini mediche del dr. _____ e del dr. _____, infatti, come visto, non è emersa l’esistenza di una patologia neurologica in grado di influire sulla capacità lavorativa dell’interessato.

2.9.4. Infine, va rilevato che anche il certificato medico dell’11 gennaio 2008 del dr. _____ (doc. B3) - che attesta di avere visto il paziente nei mesi precedenti a causa di una colica renale nel novembre 2007, per diversi episodi di bronchite asmatica e per dei dolori ai piedi - non è in grado di inficiare le conclusioni della perizia SAM. A tal proposito, va ricordato che, a prescindere dal fatto che questo documento non soddisfa le esigenze poste dalla giurisprudenza per poter concludere circa l’esistenza di un peggioramento dello stato di salute (consid. 2.7.), esso si riferisce ad un periodo posteriore alla decisione impugnata e non può quindi essere preso in considerazione. Per costante giurisprudenza, infatti, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata - in concreto il 5 febbraio 2007 - quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Va inoltre rilevato, con riferimento ai problemi ai piedi, che il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, nel suo certificato medico del 12 dicembre 2007, ha attestato che non vi è nessuna alterazione della normale anatomia ai suoi due piedi, indicando che i dolori sono correlati a metatarsalgie da sovraccarico meccanico, per le quali ha proposto la confezione di plantari appositi (doc. B1, sottolineatura della redattrice). La prescrizione medica relativa a tali plantari è del 12 dicembre 2007 (doc. XLI/bis). Si ricorda tuttavia al 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).

2.9.5. Visto quanto precede, occorre quindi concludere che alla perizia del SAM del 13 marzo 2006, che non evidenzia contraddizioni e non si può affermare essere fondata su accertamenti di fatto errati, può senz’altro essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai succitati criteri stabiliti dalla giurisprudenza. Pertanto, alla luce di quanto qui sopra esposto il TCA ritiene dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che il ricorrente è abile al lavoro al 65% sia nella sua precedente professione, sia in attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali.

2.10. Al fine di

stabilire il grado d'invalidità dell'assicurato, titolare di un esercizio pubblico (Bar-Ristorante-Pizzeria _____, a _____) l'amministrazione ha applicato il metodo straordinario (cfr. consid. 2.3.). L'assicurato ha contestato tale modo di procedere e ha sottolineato che, prima del danno alla salute, oltre alla gestione del locale (anche dal punto di vista amministrativo), egli svolgeva la funzione di cameriere (mattino), cuoco e pizzaiolo (mezzogiorno e sera) e diverse altre funzioni, in modo autonomo e con l'aiuto delle cameriere per il servizio e, in parte, di quello della sua convivente (in caso di necessità), restando complessivamente nel locale per circa 12-14 ore al giorno. Dopo il danno alla salute, a causa della sua ridotta capacità lavorativa, egli sostiene che la sua attività ha subito una perdita economica considerevole. Di conseguenza, egli ha criticato il raffronto dei redditi operato dall'amministrazione secondo il metodo straordinario, " che si discosta in modo molto considerevole dal mio guadagno e durata del lavoro " (doc. I) Egli ha ritenuto non applicabile nel suo caso la tabella TA7, rilevando che il reddito esposto in sede di tassazione corrisponde all'imponibile netto (doc. I). La circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) , alla cifra marginale 3112, stabilisce che l'invalidità di una persona che esercita un'attività lucrativa va sempre calcolata, nei limiti del possibile, con il metodo generale del confronto dei redditi. Se non è possibile un accertamento diretto affidabile dei due redditi – p. es. a causa della situazione economica – il grado d'invalidità è determinato secondo il metodo straordinario (Pratique VSI 1998 p. 121 e p. 255; RCC 1980 p. 318, 1979 p. 228). Nella pratica questo metodo si applica spesso ai lavoratori indipendenti. La successiva cifra marginale 3113 CIGI dispone che in primo luogo si procede ad un confronto delle attività, cioè si accerta quali attività e in che misura potrebbe esercitarle la persona assicurata con e senza danno alla salute. Occorre inoltre sempre verificare in che misura possono essere ridotte le perdite di guadagno cercando nell'ambito delle precedenti attività occupazioni più adeguate all'infermità. In seguito si effettua la valutazione del guadagno applicando per ogni attività il salario di riferimento valevole nel ramo. Si ottengono così un reddito d'invalido e uno di persona non invalida per poi procedere al raffronto dei redditi (cifra 3114 CIGI). La cifra 3115 CIGI stabilisce poi che in base alla valutazione del guadagno delle attività che possono essere esercitate con e senza danno alla salute il metodo di calcolo straordinario può essere considerato un raffronto dei redditi preceduto da un confronto delle attività (RCC 1979 p. 230). Le contestazioni dell'assicurato circa l'applicazione, nel caso di specie, del metodo straordinario non possono essere condivise da parte di questo Tribunale, a mente del quale la determinazione del grado d'invalidità operata dall'UAI non può che essere confermata. Innanzitutto, come visto in precedenza (consid. 2.3.), secondo la giurisprudenza, nel caso di un indipendente il TFA ha precisato che il raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza l'Alta Corte ha stabilito che i documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c). Se tuttavia l'interessato cessa la propria attività indipendente, chiudendo la ditta, si può rinunciare all'applicazione del metodo straordinario di calcolo dell'invalidità. In tal caso infatti il raffronto delle mansioni non è più possibile (RAMI 1995 p. 106ss). Per questi motivi, secondo la prassi la valutazione dell'invalidità di un indipendente viene eseguita generalmente mediante l'applicazione del metodo

straordinario. Inoltre, è opportuno ricordare 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). Come è già stato rilevato in numerose sentenze la valutazione dell'invalidità non va stabilita unicamente in base a fattori medico■teorici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; STFA inedita 23.3.92 in causa F.A., consid. 4; DTF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 seg.), bensì rilevanti sono gli effetti del danno alla salute sulla capacità di guadagno (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b). Nel caso in esame, al momento dell'insorgenza del danno alla salute (novembre 2003) il ricorrente aveva appena ceduto (nel marzo 2003) la sua attività (ristorante _____ a _____), successivamente riacquistata, nel settembre 2004, a seguito del fallimento dei "nuovi" proprietari. Essendo l'assicurato proprietario del citato esercizio pubblico da relativamente poco tempo (1999) (cfr. inchiesta economica del 5 ottobre 2006; doc. 27-1), secondo il funzionario incaricato il reddito da valido era poco rappresentativo (cfr. doc. 32-1, annotazione del 9 novembre 2006, in cui ha indicato che " dal rapporto d'inchiesta esterna datato 6 ottobre 2006 reputo che i dati economici non siano del tutto chiari per consentire la notifica di una decisione formale. Mi sembra che il caso dovrebbe essere completato mediante l'applicazione del metodo straordinario, così da definire con più trasparenza la situazione economica dell'attività indipendente "). Rispondendo ad un'esplicita richiesta del TCA, volta ad appurare le ragioni per le quali l'amministrazione ha deciso di applicare il metodo straordinario (XXX), l'UAI, con scritto del 26 marzo 2008, ha osservato che: " (...) Come esposto nella decisione impugnata, richiamata la pertinente giurisprudenza, è stato applicato il metodo straordinario in quanto adatto al caso dei lavoratori indipendenti per i quali il semplice confronto dei redditi prima e dopo il danno alla salute non porta a conclusioni affidabili sulla perdita di guadagno dovuta all'invalidità. In altre parole l'UAI ha ritenuto che il confronto dei redditi conseguiti prima e dopo l'invalidità nel caso in esame non permette di determinare in modo chiaro e affidabile la perdita di guadagno dovuta al danno alla salute. Ritenuta la capacità lavorativa medico-teorica del 65% (cfr. perizia pluridisciplinare SAM 13.3.2006) e la valutazione diretta dell'attività con un'invalidità del 30% (cfr. rapporto di visita esterna 6.10.2006) è da ritenere corretta l'invalidità del 27% risultante dal metodo straordinario applicato nella decisione impugnata." (Doc. XXXII) Preso atto di questa risposta, il TCA ha chiesto nuovamente all'UAI di precisare le ragioni per le quali, a mente dell'amministrazione, il metodo ordinario del raffronto dei redditi conseguiti prima e dopo il danno alla salute non permette, nel caso concreto, di giungere a conclusioni chiare ed affidabili sulla perdita di guadagno dell'assicurato (XXXIII). Con scritto del 15 aprile 2008 l'UAI ha risposto: " (...) Dagli atti e dalle notifiche di tassazione dell'assicurato, attivo da anni quale indipendente, si nota che i redditi imposti sono stati alquanto altalenanti e difficilmente decifrabili. Possibili motivi sono il divorzio nel 1998 dalla consorte che lo coadiuvava nell'attività di esercente (reddito fiscale imposto separatamente), poi la convivenza e la collaborazione della compagna attuale sempre nello svolgimento della professione nell'esercizio pubblico. Inoltre, dopo il danno alla salute (da ottobre 2003) vi è stato anche un alternarsi di stipendiati (pizzaiolo e cameriere). Tutti elementi che giocano un ruolo fondamentale nei risultati di esercizio ma, in sostanza, indipendentemente dallo stato di salute. In quest'ottica si è ritenuto che una quantificazione corretta del discapito economico non potesse trovare fondamento corretto nei dati economici a disposizione, risultando necessario, nell'ambito dell'apprezzamento delle circostanze, applicare il metodo straordinario." (Doc. XXXIV) Sulla base di queste motivate risposte dell'amministrazione, non essendo possibile determinare concretamente il

reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute – visto il carattere altalenante dei redditi (1999, 2000, 2001 e 2002) imposti fiscalmente all'assicurato, poco indicativi - il TCA ritiene corretta l'applicazione, nel caso concreto, del metodo straordinario. Al riguardo è utile sottolineare che, visto il risultato al quale è pervenuto (rifiuto della rendita) l'UAI poteva tralasciare la questione di un eventuale cambiamento di attività professionale al fine di ridurre il danno (cfr. consid. 2.3). 2.11. In applicazione del metodo straordinario, l'UAI ha ordinato all'ispettorato AI di esperire un'inchiesta economica per indipendenti eseguita il 5 ottobre 2006. Nel relativo rapporto l'incaricato, riguardo all'attività svolta dall'assicurato prima e dopo l'insorgenza del danno alla salute, ha rilevato quanto segue: " L'interessato è stato incontrato in data 05.10.2006 a _____ nel suo esercizio, l'Osteria Pizzeria _____. Per il profilo scolastico/professionale dell'interessato si rimanda all'allegato curriculum vitae. Conseguito il certificato per esercenti tipo 1 nel 1979, ha poi sempre lavorato nel settore della ristorazione, da ultimo, a far capo dal 1999 presso l'attuale esercizio in affitto. L'assicurato nel marzo 2003 aveva provveduto a cedere l'esercizio ai signori _____ - _____ e _____ a suo dire per ragioni di salute. In esito al fallimento di questi, che nei suoi confronti vantavano ancora un debito importante, nel 2004 ha ritirato l'inventario per fr. 110'000.- compensando così il credito. A partire dal 01.09.2004 ha pertanto riaperto l'esercizio che internamente dispone di uno spazio bar e sala da pranzo con una capienza di circa 80 posti complessivi. Il forno per la pizza è a legna. Esternamente dispone di una terrazza con 28 posti. L'apertura va dalle 07.00 alle 24.00/01.00. Aperto tutti i giorni della settimana, a mezzogiorno viene proposto un menu. La pizzeria funziona sia a pranzo che a cena con possibilità di asporto. Prima dell'insorgenza del danno alla salute vi venivano serviti sino ad un'ottantina di clienti al giorno (cucina + pizzeria). L'esercizio risultava inoltre disponibile per banchetti in occasioni di ricorrenze familiari, cene societarie e altro. Nel 2002 aveva alle dipendenze un pizzaiolo a tempo pieno e tre cameriere a tempo parziale distribuite sull'arco dell'anno con presenza singola. Il pizzaiolo (_____) veniva da _____. Sembra si sia stufato per le trasferte, per cui ha cessato la collaborazione nel novembre 2002. La convivente, signora _____, di cittadinanza _____, collaborava in misura parziale, in particolare nei momenti di punta, quindi sul mezzogiorno e sera, in totale 4-5 ore al giorno. Dal canto suo il signor RI 1 riferisce di essersi sempre occupato di tutte le mansioni riguardanti la conduzione dell'Osteria-Pizzeria: dai lavori direzionali - amministrativi (10%), di gestione degli stocks-cantina-commissioni (10%), di cucina, aiuto pizzaiolo ed aiuto servizio (60%) nelle fasce orarie 09.00-14.00 e dalle 17.00 (lavori preparatori) alle 21.00 circa. Indi presenza nei locali sino alla chiusura (intrattenimento clienti, aiuto nel servizio bibite nei ritagli di tempo: 20%). Tra le 14.30 e le 17.00 normalmente si riposava. La parte contabile è curata dalla _____ di _____. I problemi di salute del signor RI 1 sono in relazione alla presenza di: Sensazione soggettiva d'instabilità con: - Pregressa neurite vestibolare a sinistra, con recupero clinico e strumentale completo. Fobia situazionale con : - agorafobia, claustrofobia; - disturbi d'attacchi di panico. I problemi di salute ne hanno limitato la sua capacità lavorativa a decorrere dal novembre 2003. Il caso è stato tutelato dalla _____ assicurazioni che ha riconosciuto le prestazioni IG: 100% dal 21.11.2003 al 31.03.2004. 050% dal 01.04.2004 al 31.08.2004 - Caso chiuso. 100% dal 12.10.2004 (riapertura) sino al 31.01.2005 in attesa della decisione AI. In pratica poco dopo la ripresa dell'attività avvenuta ad inizio settembre 2004 che riferisce come tentativo di rientro nel mondo professionale, il signor RI 1 si è trovato in difficoltà nell'espletamento delle sue competenze professionali, in

ragione della sintomatologia legata alla patologia citata. Riferisce della presenza di stati di ansia, di indisposizione che si presentano senza preavviso, di difficoltà legate al confronto con situazioni stressanti quali possono essere il dover far fronte alla gestione di un banchetto, o all'arrivo nell'esercizio di un gruppo sostenuto di clienti, il dover preparare p. es. parecchie pizze in breve tempo, nell'ambito delle commissioni nei grandi magazzini, in mezzo a molta gente (asserisce di entrare senza problemi e poi, senza motivo valido, di maturare una sensazione di mancanza di equilibrio, di non più farcela a rimanere), nelle trasferte in automobile se deve percorrere delle gallerie (guiderebbe la vettura solo su brevi percorsi, se si sente sicuro), quindi in contingenze particolari. Dopo la ripresa dell'attività nell'autunno 2004 i giorni e gli orari d'apertura sono rimasti invariati. Ha iniziato con alle dipendenze un pizzaiolo (_____) ed una cameriera (_____) a tempo pieno oltre che con l'aiuto della convivente, presente da allora a tempo pieno. Il _____ ha terminato a fine anno e la seconda in febbraio 2005. Nel 2005 il pizzaiolo non è in pratica più stato sostituito. Nell'aprile 2005 ne ha avuto in prova uno, ma l'intesa non è stata produttiva. Come personale stipendiato ha avuto una cameriera a tempo parziale da maggio a settembre ed una a tempo pieno da luglio a fine anno. In seguito nel 2006 non ha più avuto personale sino al 22 agosto quando ha assunto una prima cameriera al 50% (_____: fr. 1'600.-- mensili) ed una seconda, sempre al 50%, il 01.09.2006 (_____: fr. 1'600.-- lordi mensili). Dal profilo lavorativo pratico il signor RI 1 ci riferisce che l'offerta dell'esercizio dal 2004 ad oggi è stata ridimensionata. Innanzitutto a mezzogiorno verrebbe offerto un menu di semplice esecuzione (piatti a base di pasta, carne di semplice cottura - vedi bistecche - insalate, ecc). Non servirebbe più a suo dire tavolate, rispettivamente ha rinunciato ai banchetti, cene societarie, ecc.. Per le commissioni (vedi acquisti di bibite, superalcolici, e per la cucina all'_____, _____, _____ o _____) segnala la necessità di farsi accompagnare. Avrebbe pure delegato al personale le incombenze della cantina. L'impegno orario, dalla primavera 2005 viene quantificato in ragione di ca 4-5 ore giornaliere in media, principalmente nei momenti di punta, quindi in relazione ai pasti di mezzogiorno e cena. In pratica anche se a suo dire in modo ridotto (clientela limitata?) continua ad occuparsi della preparazione delle pizze e per quanto riguarda la cucina, quale supporto alla convivente. Quest'ultima si occuperebbe inoltre dell'apertura dell'esercizio, della mise en place, del servizio al bar e tavoli a sostegno delle cameriere, e della chiusura dell'esercizio. Il signor RI 1 sull'arco della giornata, per ossequiare il certificato di gerenza, effettua delle sporadiche apparizioni in ristorante. In serata riferisce di ritirarsi nell'appartamento adiacente il bar al più tardi verso le 22.00. Il fatto di abitare nello stesso stabile, lo avvantaggia nell'arco della giornata nel suo servizio, potendo presenziare o ritirarsi a discrezione potendo inoltre contare sull'appoggio della compagna. Tenuto conto delle indicazioni emerse in sede di colloquio e di quelle acquisite agli atti dal profilo medico, le limitazioni rispettivamente gli impedimenti lavorativi pratici possono verosimilmente essere quantificati nella misura del 30%. Il richiedente è ancora in grado di occuparsi convenientemente della parte dirigenziale amministrativa. Per quanto riguarda la parte principale della sua attività (cucina e pizzeria), pur considerando un ridimensionamento dell'offerta, ma come peraltro dimostrato dal fatto che da fine 2005 in pratica non ha più un pizzaiolo, il signor RI 1 è da considerarsi ancora in grado di assolvere alle incombenze di questa mansione ed in misura parziale nella cucina dove i lavori preparatori vengono ora segnalati ad appannaggio della convivente, ma che comunque potrebbero essere sicuramente assunti almeno in misura parziale dall'interessato. Le limitazioni pratiche al punto 2 della tabella possono quindi essere quantificate non superiori

al 30%. Per il punto 3, tenendo valide le argomentazioni dell'interessato (vedi insicurezza, ansia, necessità di sentirsi accompagnato, ecc..) trattandosi di un impegno principalmente esterno si riconosce un impedimento parziale (50%). Le consegne di vino e birra arrivano tramite i fornitori. Per il punto 4 si ritiene che gli impedimenti non superino il 35% considerato che trattasi di mansioni svolte nei ritagli di tempo e nei momenti nei quali vi è meno "stress" quindi meglio gestibili dall'interessato. A: Quota-parte B: Impedimenti C: Invalidità Mansioni 1. Direzione dell'azienda (amministrativo, contatto fornitori, direttive al perso-nale, ecc.)

E. 10

% 50 % 05 % 4. Servizio bibite, intratteni- mento clienti, mansioni generali 20 % 35 % 07 % Impedimenti lavorativi pratici complessivi 100 % 30 % Dal profilo medico il signor RI 1 è ancora stato visto dallo specialista ORL, Dr. _____ di _____ proprio in questi giorni. Secondo il certificato mostrato gli è stata prescritta l'esecuzione di fisioterapia per la colonna cervicale. Per quanto riguarda il lato economico si rimanda alla tabella riassuntiva allegata, per il periodo 2002 - 2005 ed agli atti UT in fotocopia. In prospettiva futura l'assicurato riferisce di essere intenzionato a cedere l'esercizio, non potendo garantire un servizio efficiente in ragione del suo stato di salute." (Doc. 27/1-3) Dopo avere constatato che, a seguito del danno alla salute, l'assicurato ha modificato soprattutto la sua attività in cucina, per la quale si avvale della collaborazione a tempo pieno della sua convivente (cfr. inchiesta, doc. 27-2), l'ispettore AI, come visto, ha proceduto alla valutazione della capacità al guadagno comparando le diverse mansioni costitutive la professione di esercente di un bar-ristorante-pizzeria prima e dopo il danno alla salute, giungendo ad una percentuale di impedimenti del 30%. L'assicurato ha contestato tale modo di procedere, facendo presente che, prima del danno alla salute, la sua presenza nel locale era di 12-14 ore al giorno: egli era attivo come cameriere (mattino), cuoco e pizzaiolo (mezzogiorno e sera), oltre allo svolgimento di altre funzioni (doc. I). Questo Tribunale non ha motivo per mettere in discussione le risultanze dell'inchiesta economica del 5 ottobre 2006 effettuata sul posto (sul valore probante di tali inchieste, cfr. STF 9C_35/2007 del 4 aprile 2008; DTF 130 V 61; STCA 32.2005.197). La ripartizione delle mansioni e i relativi impedimenti effettuati dall'AI tiene conto dell'entità dell'azienda del ricorrente e del fatto che egli non ha più assunto, a partire dal 2005, un pizzaiolo (l'assicurato è infatti coadiuvato da due dipendenti a tempo parziale - cameriere - e dalla sua convivente). Non vi è quindi motivo, a mente del TCA, per scostarsi né dalla ripartizione delle mansioni, né dalla percentuale di impedimenti del 30% stabilita dall'amministrazione. Infatti, come emerge dalla succitata inchiesta, l'assicurato è ancora in grado di occuparsi convenientemente della parte dirigenziale amministrativa. Quanto invece alla parte principale della sua occupazione, che concerne l'attività in cucina e quella di pizzaiolo, il funzionario incaricato ha ritenuto che, anche volendo tener conto del fatto che vi è stato un ridimensionamento dell'offerta dei piatti, l'assicurato va comunque considerato ancora in grado di assolvere al ruolo di pizzaiolo - dato che a partire dal 2005 egli non ha più assunto un pizzaiolo, pur continuando ad offrire ai suoi clienti il servizio di pizzeria - e, in misura parziale, all'attività di cucina, dove i lavori preparatori vengono svolti dalla sua convivente, quantificando quindi le limitazioni pratiche inerenti le mansioni di cucina e pizzeria nella misura del 30%. Nella gestione degli stocks, della cantina, della spesa e delle commissioni, nel rapporto di visita esterna il funzionario incaricato, tenendo valide le argomentazioni dell'interessato circa la sua insicurezza, ansia e necessità di sentirsi accompagnato, ha riconosciuto un impedimento parziale del 50%, considerato che le consegne di vino e birra arrivano tramite i fornitori.

Infine, per quanto concerne il servizio bibite, l'intrattenimento clienti e altre mansioni generali, si è ritenuto che gli impedimenti non superino il 35%, dato che si tratta di mansioni svolte nei ritagli di tempo e nei momenti calmi, meglio gestibili dall'interessato. Tenuto conto di quanto sopra, l'Ufficio AI ha proceduto al seguente calcolo dell'invalidità, conformemente al metodo straordinario: " (...) Visto quanto sopra esposto il servizio ispettorato AI si è occupato di esperire un'inchiesta economica presso l'esercizio pubblico Osteria Pizzeria _____ gestita dall'Assicurato. Da quanto emerso da tale visita si è poi in seguito potuto procedere con il confronto dei redditi mediante l'applicazione del metodo straordinario. A questo fine il seguente specchietto riassuntivo specifica dettagliatamente l'impostazione del calcolo dell'invalidità: Tab. TA7 codici Mansioni Valutazione Importo in Fr. Reddito esigibile Senza invalidità Con invalidità Senza invalidità Con invalidità 22 1+2

| Direzione lavori | 10% | 10% | 84'000 | 8'400 | 8'400 | 37 | 1+2 |
|-------------------|-------------|------------|---------------|---------------|--------|----|-----|
| Lavori di cucina | 60% | 42% | 53'076 | 31'845 | 22'291 | 37 | 4 |
| Acquisti, cantina | 10% | 5% | 41'604 | 4'106 | 2'080 | 37 | 4 |
| Servizio bibite | 20% | 13% | 41'604 | 8'320 | 5'408 | | |
| Totali | 100% | 60% | 52'725 | 38'179 | | | |

Calcolo del grado di invalidità:
 Reddito di persona non invalida: fr. 52'725.-- Reddito d'invalido fr. 38'179.-- Perdita di guadagno fr. 14'546.-- Grado di invalidità: 27.60 %

Discapito finanziario che non permette di giustificare alcun pregiudizio economico nei limiti del diritto alla rendita, situandosi il grado di invalidità in una percentuale inferiore ad almeno il 40%. Occorre precisare che per la determinazione del grado di invalidità o di pregiudizio economico, ci si è basati sugli elementi di reddito stabiliti per mezzo dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS), i risultati della quale vengono pubblicati di biennio in biennio, regolarmente e periodicamente, da parte dell'ufficio federale di statistica. Procedendo nel senso descritto, abbiamo stabilito una capacità di guadagno residua pari al 72%, percentuale che non giustifica la concessione di rendita." (Doc. A1, pag. 3) La presa in considerazione dei redditi statistici per ogni mansione componente l'attività lucrativa indipendente dell'assicurato, tenendo conto dei "salari di riferimento del ramo", è conforme alla giurisprudenza federale e alla prassi amministrativa (cfr. DTF 128 V 33 consid. 4c; cfr. anche STCA 26 gennaio 2006 nella causa D, inc. 32.2005.71; no. 3114 della Circolare sull'invalidità e impotenza, edita dall'UFAS). Le critiche dell'assicurato circa la non rappresentatività, nel suo caso, della tabella TA7 utilizzata dall'amministrazione non hanno quindi ragione di essere. Il grado di invalidità del 28% è insufficiente per poter mettere l'assicurato al beneficio di una rendita di invalidità. A giusta ragione l'Ufficio AI ha quindi rifiutato l'erogazione di prestazioni assicurative. Ne consegue la conferma della decisione contestata e la reiezione del ricorso. 2.12. 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.-- sono poste a carico del ricorrente.

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