

TI_GERICHTE 32.2009.134 vom 28. Mai 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-05-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.134

FR: TI_GERICHTE 32.2009.134 du 28 mai 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.134 del 28 maggio 2009

Regeste

Perizia del SAM: nessun diritto a una riforma professionale e a una rendita

Erwägungen

E. 8

cpv. 1 LAI stabilisce che: " Gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGa) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: a. essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; e b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. " Al riguardo, nel Messaggio (pubblicato sul FF N. 30 del 2 agosto 2005, pag. 3989-4130) concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (5 a revisione dell'AI) si legge che: " Capoverso 1: il presente capoverso stabilisce le condizioni generali d'assegnazione per i provvedimenti d'integrazione. Le condizioni applicabili rimangono essenzialmente le stesse, ma in futuro basterà che vi sia una minaccia di invalidità e non più una minaccia diretta di invalidità. La legge precisa ora espressamente che i provvedimenti d'integrazione possono essere assegnati solo se sono adempiute sia le condizioni d'assegnazione generali sia le condizioni specifiche applicabili ai diversi provvedimenti d'integrazione. " Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riforma professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 cpv. 1 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). 2.4. L'art. 17 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 108, consid. 2b, pag. 110-111; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 108, consid. 2a, pag. 109-110; DTF 122 V 77, consid. 3b/bb, pag. 79-80; RCC pag. 495 consid. 2a). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare

necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 131). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposto a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 108, consid. 2b, pag. 110-111) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000, pag. 31-32, consid. 2 e 3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108). 2.5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza – di regola – non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La

situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va precisato che, secondo una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01).

2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA del 30 giugno 2004 nella causa W., I 166/03, consid. 3.2)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio

2007 il 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). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nella STF del 29 luglio 2008 nella causa M., 9_C830/2007), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (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, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (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 (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser / Franz Schläuri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si è confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibriomalgia (DTF 132 V 65; STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., [I 873/05]).

2.7. Nell'evenienza concreta, nelle annotazioni 27 ottobre 2008, il dr. _____, medico SMR, ha posto la seguente valutazione: “(...) a distanza da più di un anno dalle perizie reumatologiche (Dr. _____, 19.06.2007) e psichiatriche (Centro _____ 30.08.2007 – Dr. _____, 12.09.2007), in mancanza di una nuova documentazione sufficiente per valutare oggettivamente il caso allo stato attuale, si rende necessaria una valutazione pluridisciplinare presso il SAM, che prenderà in considerazione i lati reumatologico, neurologico e psichiatrico, al fine di stabilire il grado di CL in attività abituale come anche in attività adeguate. (...)” (doc. AI 45/1). L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia a cura del SAM (doc. AI 46/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 13 maggio 2009 (doc. AI 50/1-28) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa _____) e reumatologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Alterazioni degenerative del rachide cervicale (condrosi C5-C6 con spondilosi anteriore, osteocondrosi C6/7 con spondilosi) Alterazioni degenerative del

rachide lombare (discopatia D12-L1, L3-L4 e L4-L5) Decondizionamento muscolare 5.2
Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome algica generalizzata aspecifica. Tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli. Disturbo somatoforme da dolore persistente. Obesità con BMI 34 kg/m² ." (doc. AI 50/11) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, i periti, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'A., nell'attività da ultimo esercitata di muratore è considerata nella misura dell'80%, inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. (...)” (doc. AI 33/11), hanno concluso: " (...) 8

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalla patologia reumatologica, mentre invece, come descritto al capitolo 6, dal punto di vista psichiatrico non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. Dal punto di vista reumatologico, il nostro consulente, anche dopo l'attuale visita reumatologica peritale, ribadisce quanto già osservato dai medici che avevano visitato l'A. in precedenza, ossia la presenza di una notevole discrepanza tra il vissuto algico dell'A. e le patologie strutturate evidenziate; infatti, le alterazioni degenerative al rachide cervicale e lombare sono in grado, soltanto in minima parte, di spiegare il quadro algico riferitoci dall'assicurato; come tali, costituiscono comunque una diminuita caricabilità del rachide cervicale e lombare, caricabilità che può essere comunque compensata con un adeguato programma di ricondizionamento, dopo normalizzazione del peso corporeo; di fatti l'eccesso ponderale di per sé costituisce un sovraccarico della colonna lombare dolorante. Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta e dell'esame clinico, vengono poste le diagnosi di sindrome algica generalizzata aspecifica, alterazioni degenerative del rachide cervicale (condrosi C5/C6 con spondilosi anteriore, osteocondrosi C6/7 con spondilosi), alterazioni degenerative del rachide lombare (discopatia D12/L1, L3/4 e L4/5), tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli, decondizionamento muscolare, obesità. Sulla base di ciò vi sono delle limitazioni nel sollevamento e trasporto di pesi sino all'altezza dei fianchi, nel sollevamento di pesi sopra l'altezza del petto, nel maneggiare attrezzi (soprattutto pesanti), nell'effettuare lavori al di sopra della testa, nella rotazione del tronco, nell'assunzione di certe posizioni e nel salire su scale a pioli. In qualità di muratore, attività che in parte non soddisfa i limiti funzionali e di carico menzionati sopra, il nostro consulente giudica l'A. abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una riduzione del rendimento del 20%. Riassumendo, sulla base di quanto descritto sopra, dal punto di vista fisico e psichico, valutiamo l'attuale grado di capacità lavorativa globale nell'attività da ultimo esercitata come muratore nella misura dell'80%. Tale valutazione vale a decorrere dal 16.01.2008, quindi a conclusione del trattamento infiltrativo al rachide lombare presso l'Ospedale regionale di _____, come previsto dal servizio di neurochirurgia dell'Ospedale regionale di _____ il 28.11.2007 (vedasi atto 30.11.2007).

Precedentemente riconosciamo la decisione della _____ (atto del 26.02.2007) che, in base alla visita eseguita il 19.02.2007 dal medico di _____, osservava che i disturbi presenti non erano più causati dall'infortunio ma erano da attribuire esclusivamente ad una malattia, chiudendo il caso dal 26.02.2007 (una successiva opposizione era poi stata respinta, vedasi atti 26.02.2007 e 14.04.2007). L'assicurazione malattia _____ aveva poi fatto eseguire due perizie (vedasi atto 20.06.2007, 18.09.2007) giungendo alla conclusione che pure dal punto di vista dell'assicurazione malattia l'A. era da dichiarare completamente abile al lavoro e capace al guadagno con effetto dall'1.08.2007 (vedasi atto 10.10.2007). Pure una perizia psichiatrica effettuata presso il centro _____ per conto

dell'UAI effettuata in agosto 2007 giungeva alla conclusione che l'A. era da ritenere abile all'attività lavorativa dal punto di vista psichiatrico in misura completa (vedasi atto 26.09.2007). 9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE L'A. è ritenuto in grado di poter esercitare altre attività. Per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico attuale, l'A. può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, molto spesso tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre i 25 kg fino all'altezza dei fianchi; l'A. può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'A. può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, talvolta maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'A. può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'A. può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, spesso la posizione in piedi di lunga durata. L'A. può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure molto spesso camminare su terreno accidentato, può molto spesso salire le scale, talvolta salire su scale a pioli. In un lavoro adatto allo stato di salute, l'A. globalmente è ritenuto abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100% a decorrere da febbraio 2007 (come già descritto al capitolo 8). La nostra consulente psichiatra non ritiene nè utili nè proponibili al momento dei provvedimenti d'integrazione professionali, anche se non esistono elementi d'interesse psichiatrico che li controindichino. Per quanto riguarda le possibilità terapeutiche, dal punto di vista reumatologico è proponibile un calo ponderale onde ridurre il carico sul passaggio lombosacrale, parallelamente l'A. va indirizzato verso un intenso programma di ricondizionamento della muscolatura. La nostra consulente psichiatra non ritiene apportabili ulteriori provvedimenti alla gestione del caso. 10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo al servizio medico regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 50/14-16) L'Ufficio AI – viste le risultanze peritali e ritenuto il rapporto medico 19 maggio 2009 del dr. _____ (doc. AI 52/1-3) –, con decisione 28 maggio 2009 (doc. AI 53/1-3), ha confermato il rifiuto del diritto a prestazioni. 2.8. 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 Sozialversicherungs-rechts, 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). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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. (...)"

(cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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 qui evidenziato che in una sentenza del 14 luglio 2009, 9C_332/2009 destinata alla pubblicazione, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.2 Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 zu Absatz 2 und 4577 Ziff. 2.2.1 zu Art. 7 Absatz 2; vgl. auch Protokolle der Sitzungen der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 11.-13. Januar 2006, S. 98 ff., resp. vom 29./30. Mai 2006, S. 62 f.; Beatrice Breitenmoser, Die Antworten des Gesetzgebers in der 4. und 5. IVG-Revision: Die zentralen Punkte der beiden Revisionen, in: Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen

und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hierzu Protokoll der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten (Urteil 9C_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungsberichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievon) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (STF del 14 luglio 2009 nella causa Z., 9C_323/2009, consid. 4.2 e 4.3) Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti 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). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla sua capacità lavorativa dell'80% nell'attività da ultimo svolta quale muratore e totale in un'attività adeguata, da febbraio 2007. Innanzitutto il TCA rileva che la dettagliata ed approfondita valutazione pluridisciplinare non è stata validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. 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). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto 22 giugno 2009 del Servizio di pronto soccorso, indirizzato al dr. _____ e sottoscritto dall'assistente di medicina dr.ssa _____, prodotto sub doc. B. Infatti in detto reperto, posta, in particolare, la diagnosi di lombalgia cronica con attuale esacerbazione acuta paravertebrale bilaterale, viene certificata un'incapacità lavorativa del 100% solo fino al 23 giugno 2009. Al riguardo il dr. _____, nelle annotazioni 10 luglio 2009, ha concluso che "(...) l'attuale rapporto presentato documenta unicamente l'insorgenza di un blocco acuto lombare, problematica che di regola si risolve in pochi giorni. Non sono state riscontrate altre patologie. (...)” (IV/bis). Quanto all'asserita necessità di un consulto neurologico – a prescindere dal fatto che dagli atti non risulta che alcun specialista l'abbia indicata: il dr. _____, primario della Clinica di _____ di _____, nel rapporto 18 gennaio 2007 (doc. 3/46-48 dell'incarto lainf) aveva osservato che "(...) a livello neurologico cursorio i ROT sono tutti presenti bilateralmente e la manovra di Lasègue risulta negativa da ambo i lati. (...)” (doc. 3/47 dell'incarto lainf); il dr. _____, FMH in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, nella perizia 20 giugno 2007 (doc. 1/3-10 dell'incarto cassa malati), riguardo allo stato neurologico periferico, si era così espresso: "(...) riflessi muscolo-tendinei simmetrici e normali; tibiale posteriore presente bilateralmente. Sensibilità al tatto s. p. Segni piramidali assenti. Forza bruta degli arti simmetrica; ridotta la presa delle mani (collaborazione?). (...)” (doc. 1/8 dell'incarto cassa malati); il dr. _____, viceprimario di neurochirurgia, nel rapporto 30 novembre 2007 aveva, tra

l'altro, evidenziato che "(...) sotto il profilo clinico neurologico non ho riscontrato deficits neurologici focali. La forza muscolare è conservata e la sensibilità è normale. (...)” (doc. AI 36/2) e il dr. _____, nel rapporto 15 gennaio 2008 aveva concluso che "(...) il risultato del test ha comportato una diminuzione del dolore tuttavia solo temporanea e non sufficiente a giustificare una origine articolare. Questo permette di escludere le articolazioni posteriori come generatori del dolore. La procedura si è svolta senza complicazione e lo stato neurologico non ha subito mutamenti. (...)” (doc. AI 47/1) – il dr. _____, nelle annotazioni 10 luglio 2009, ha concluso che "(...) prive di fondamento sono in particolare le critiche del rappresentante legale circa la mancanza d'un accertamento neurologico. Faccio presente che l'assicurato presenta uno stato neurologico normale (vedi perizia SAM e precedente valutazione dr. _____, dr. _____ e _____) ed in nessun momento è stata sospettata una problematica neurologica presso l'assicurato. In questa situazione una valutazione neurologica è assolutamente non indicata. (...)” (doc. IV/bis). Riguardo alla componente extra-somatica il TCA si limita qui a sottolineare che la dr.ssa _____, nel consulto 27 marzo 2009 (doc. AI 50/24-27), ha concluso che: "(...) ritengo che il soggetto di fatto non presenti elementi di interesse psichiatrico che motivino alcuna percentuale di IL: capace al 100% per quanto attiene gli aspetti di interesse psichiatrico. (...)” (doc. AI 50/26). Alla medesima conclusione erano giunti anche i periti del Centro _____, dr.ssa _____ e Dr.ssa _____, nella perizia 26 settembre 2007 (doc. AI 21/1-7): "(...) dal punto di vista psichico l'A. è sempre stato abile al lavoro in misura completa per attività a lui idonee e tenendo conto dei limiti fisici. (...)” (doc. AI 21/6) e il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, che nella perizia 18 settembre 2007 (doc. 2/6-14 dell'incarto cassa malati), aveva concluso che "(...) da un punto di vista psichiatrico, non sussiste alcuna incapacità lavorativa. Al contrario, la ripresa di un'attività regolare, è terapeuticamente indicata. (...)” (doc. 2/14 dell'incarto cassa malati). Dal canto suo l'assicurato non ha prodotto la benché minima documentazione medica specialistica dalla quale si possa concludere che le risultanze sopra menzionate siano errate. Rispecchiando la perizia del SAM tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8), alla stessa può dunque esser fatto riferimento ai fini del presente giudizio. Inoltre, non essendo l'interessato affetto da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che sino al momento dell'emanazione della decisione impugnata l'assicurato presentava una capacità lavorativa dell'80% nella sua attività abituale e del 100% in un'attività adeguata. Ciononostante va fatto presente all'assicurato che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente

documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Infatti 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 (DTF 130 V 140 e 129 V 4). La domanda di una perizia pluridisciplinare giudiziaria per determinare le conseguenze invalidanti delle patologie del ricorrente, in particolare per le componenti psichiatrica, reumatologica e neurologica, va disattesa. Va qui ricordato che, quando 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 non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 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). 2.10. Appurata una capacità lavorativa dell'80% nell'attività da ultimo svolta quale muratore e totale in un'attività adeguata, è a giusto titolo e conformemente alla giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.3 e 2.4), che l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto ad una riforma professionale. Parimenti, visto l'inizio dell'incapacità lavorativa dal giugno 2006 e ritenute le capacità, dell'80% nella sua attività abituale e del 100% in un'attività adeguata, dal febbraio 2007, pure a ragione l'amministrazione ha negato il diritto ad una rendita (non risulta infatti assolto il criterio dell'incapacità lavorativa ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). A titolo abbondanziale il TCA rileva che anche se per pura ipotesi si volesse ritenere adempiuto il presupposto di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI – dalla lettera

E. 10

ottobre 2007 risulta che la _____, quale assicuratore malattia, ha confermato la totale capacità di lavoro e di guadagno con effetto dal 1. agosto 2007 (cfr. doc. 2/2-3 dell'incarto cassa malati) –, in ogni caso l'assicurato non avrebbe diritto ad una rendita d'invalidità. Infatti, constatato che l'insorgente conserva una capacità lavorativa residua dell'80% nella sua attività di muratore, nella quale è in grado di conseguire un reddito corrispondente all'80% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonterebbe al massimo al 20% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008), ciò che giustifica il rifiuto del diritto ad una rendita essendo il grado d'invalidità non pensionabile (cfr. consid. 2.5). Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. 2.11. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per complessivi fr. 200.--

sono poste a carico del ricorrente. 2.12. L'insorgente ha tuttavia chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 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 cpv. 1 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 della Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria del 3 giugno 2002 [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). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro – nella misura in cui necessario – il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed., art. 13 Lag; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, pag. 544). Il TCA, chiamato ora a pronunciarsi, ritiene che nella presente fattispecie non sia soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole (STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA dell'8 febbraio 2001 nella causa B., I 446/00; STFA del 26 settembre 2000 nella causa D.N., U 220/99; STFA del 17 ottobre 2001 nella causa X, 1P.569/2001; STFA del 6 marzo 2001 nella causa E. e E., 5P.426/2000; STFA del 17 maggio 2000 nella causa B., 1P 281/2000; DTF 119 Ia 253 consid. 3b). Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA del 26 settembre 2000 nella causa D.N.; RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251; B. Cocchi/F. Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, ad art. 157, pag. 491-492, n. 1). Per valutare, in sede ricorsuale, la probabilità di esito favorevole è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA del 9 agosto 2005 nella causa M., K 75/05; STFA del 10 agosto 2005 nella causa M., I 173/04; STFA del 29 agosto 2005 nella causa H., I 422/04; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; B. Cocchi/F. Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce della giurisprudenza federale, la presente vertenza doveva apparire, dopo un esame forzatamente sommario, destinata all'insuccesso già al momento della presentazione del ricorso, in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, come esposto ai considerandi precedenti, dagli elementi fattuali emerge in modo chiaro l'impossibilità di riconoscere al ricorrente il diritto a prestazioni ritenute che egli è stato

ricosciuto dai periti del SAM abile al lavoro nelle misura dell'80% nella sua attività abituale di muratore e del 100% in un'attività adeguata. La conclusione secondo cui la lite era già di primo acchito destituita di esito favorevole si giustifica tanto più se si considera che in sede ricorsuale l'interessato non ha apportato la benché minima documentazione medica che contestasse e/o facesse apparire erronea la perizia del SAM, limitandosi a contestare, in modo del tutto generico la valutazione dei periti. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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