

## **TI\_GERICHTE 32.2011.244 vom 15. Juli 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-07-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2011.244](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.244)

FR: TI\_GERICHTE 32.2011.244 du 15 juillet 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2011.244 del 15 luglio 2011

### **Regeste**

Viste le risultanze della perizia SAM (attestante una capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale), sulla base di un confronto percentuale dei redditi va confermato il diritto ad una mezza rendita

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

luglio 2011 ha confermato il diritto ad una mezza rendita dall'ottobre 2008. 2.7. 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, 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, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). 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 ). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il TF ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 e segg., il TF ha preso posizione sulle critiche alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il TF ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 pag. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti,

sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Il TF ha inoltre concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema vedi STF 9C\_113/2012 del 14 marzo 2012, 8C\_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C\_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Giova qui ricordare che 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. (...) " (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va inoltre 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). Infine va 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 premorbo, 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). 2.8.

Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 9C\_113/2012 del 14 marzo 2012, 8C\_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C\_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale, 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 che stabilisce, sia quale operaio che in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti, una capacità lavorativa del 50%. Quanto all'evoluzione nel tempo, i periti hanno precisato che "(...) non si constata né un miglioramento né un peggioramento rispetto alla decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino (grado d'invalidità al 50% dall'1.10.2008, precedentemente al 100% dal 1.1. al 30.9.2008). (...)" (doc. AI 95/25). In particolare il TCA rileva innanzitutto che nel complemento 27 giugno 2011 i periti hanno puntualmente preso posizione sul rapporto 9 aprile 2011 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 118/1-6 riprodotto in esteso al consid. 2.7) e motivato per quale ragione l'incapacità lavorativa non va cumulata ( "(...) riassumendo in una professione adeguata vedo al massimo un'incapacità lavorativa del 20% per cefalee del paziente, dolori che comunque fanno parte del quadro globale del paziente di un dolore cronico." [...] Questa riduzione della capacità lavorativa è inglobabile in quella del 50% descritta nella nostra perizia del 29.11.2010. (...)" ; doc. AI 118/3). Per il solo fatto che il dr. \_\_\_\_\_ nel consulto 19 agosto 2010 (doc. AI 94/43-47) ha evidenziato che "(...) si presenta un quadro di non facile interpretazione anche per una collaborazione limitata durante l'esecuzione dello stato neurologico (in ambito della sintomatologia algica? Componente psicogena aggravante?). In pratica non era valutabile la forza muscolare in nessuna sede per attivazione solo minima dei muscoli durante l'esame e continui costanti cedimenti al primo movimento senza comunque chiare paresi evidenti nei movimenti spontanei, la prova tallone-ginocchio e le manovre di Mingazzini II non erano possibili in ambito dei dolori accusati come anche la marcia sulle punte e sui piedi, da ricordare che il paziente in genere cammina con una stampella, riferisce importanti difficoltà a fare le scale ma il giorno della visita nel mio studio è riuscito a fare 4 piani di scale (per la riparazione in atto dell'ascensore). Egli descrive inoltre un'ipoestesia facio-brachio-toraco-crutale sinistra

globale senza distribuzione dermatogena, quindi un disturbo sensitivo che coinvolgerebbe anche tutto l'emitronco sinistro. (...)” (doc. AI 95/46) , non è possibile – come pretenderebbe l'insorgente ( “(...) il dr. \_\_\_\_\_ non aveva approfondito la sua valutazione, non avvedendosi così che in realtà il ricorrente soffriva e soffre di affezioni neurologiche gravi che riducono a zero la sua capacità lavorativa attuale. Il dr. med \_\_\_\_\_ si era lasciato fuorviare da considerazioni che non avevano alcuna base scientifica, erano certamente fuori luogo e denotavano una superficialità totale ed erano atte ad inficiare la validità scientifica e la fedeltà di tale valutazione medica. Si fa qui riferimento alle considerazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ circa le rampe di scale fatte dall'assicurato per recarsi alla visita medica; considerazioni che lasciavano e lasciano alquanto perplessi perché poggiavano solo su pregiudizi nei confronti del qui ricorrente che veniva tacciato (anche se non espressamente) da simulante, senza che un medico psichiatra, neppure il perito del SAM, avesse mai posto una simile diagnosi. (...)” ; doc. AI 124/7 ) – scostarsi dalle conclusioni del consulente. Va qui rilevato che anche la dr.ssa \_\_\_\_\_ nel consulto 17 luglio 2010 (doc. AI 95/37-42) ha evidenziato che “(...) il quadro esordisce nel 2007 sulla scia di una reazione emotiva probabilmente a corto circuito, a un sollevamento di un peso che scatena dolore violento alla colonna. Egli reagisce accusando un insulto alla sua incolumità e inizia a sviluppare una convinzione (idea prevalente) che il movimento sia foriero di minaccia e possibilità di trasformarlo in un handicappato fragile e dipendente. Tale idea si insinua e infiltra tutto lo spazio di pensiero e lo coarta e limita: tale quadro ideico sostiene il ritiro dall'uso del corpo e quella sorta di ritiro che osserviamo (non lavora, ha quasi eliminato la guida, non fa alcuno sforzo) e che viene proposto con enfatica drammatizzazione come a voler convincere tutti – anche se stesso – che non deve muoversi ... pena la fine! (...)” (doc. AI 95/41). Nemmeno è possibile concludere diversamente avuto riguardo al consulto 19 agosto 2010 del dr. \_\_\_\_\_ il quale ha concluso che “(...) ne consegue che da un punto di vista strettamente neurologico non posso porre una diagnosi, la sintomatologia algica del paziente sarà valutata dalla consulenza reumatologica e la problematica somatoforme dalla valutazione psichiatrica. (...)” (doc. AI 95/47). Infatti – oltre ad evidenziare che nel consulto in parola lo specialista aveva già rilevato che “(...) inoltre rivalutando le immagini MRI vi è effettivamente una malformazione Arnold Chiari di tipo I che però in genere è asintomatica e non comporta problemi futuri. Se vi sia effettivamente una siringomielia o piuttosto una dilatazione del canale centrale midollare (quest'ultima più frequente e che non comporta dei deficit) ed anche la questione di un assottigliamento del midollo spinale cervicale basso sono molto dubbi in quanto la lettura dell'esame della MRI stessa è resa difficile dai movimenti continui del paziente. In ogni caso, come suddescritto non vi è oggettività che vi sia effettivamente una siringomielia o una mielopatia cervico-dorsale. (...)” (doc. AI 95/47) – nella presa di posizione 2 giugno 2011 (doc. AI 118/4-6), lo specialista ha puntualizzato che “(...) rivedendo la mia valutazione effettivamente per errore non avevo messo nella voce della diagnosi la malformazione di Arnold Chiari tipo I, non vi è dubbio sull'esistenza della stessa che è ben documentata tramite MRI. (...)” confermando comunque che “(...) unicamente la sindrome di Arnold Chiari di tipo I potrebbe effettivamente causare le cefalee del paziente e l'accentuazione delle cefalee con manovre di tipo Valsalva, dove però il paziente stesso descrive i dolori cefalici come molto meno importanti rispetto ai dolori lungo la colonna vertebrale e ai 4 arti. Questa cefalea potrebbe effettivamente influenzare la capacità lavorativa valutabile al massimo al 20% nell'attività che il paziente ha svolto abitualmente. [...] Riassumendo in una professione adeguata vedo al massimo un'incapacità lavorativa

del 20% per le cefalee del paziente, dolori che comunque fanno parte del quadro globale del paziente di un dolore cronico. (...)” (doc. AI 118/6). Non va poi dimenticato che, a differenza del dr. \_\_\_\_\_, i periti del SAM avevano già riportato la diagnosi di malformazione di Arnold-Chiari di tipo I quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa (doc. AI 95/17 e 118/3). Quanto al rapporto 8 settembre 2011 (doc. AI 124/15-16) nel quale il dr. \_\_\_\_\_, oltre a preavvisare l'organizzazione di una nuova rivalutazione neurochirurgica, si è così espresso: " (...) Constato che parte delle osservazioni sul piano medico da me formulate, sono state sostanzialmente accettate, ma con molta sorpresa queste non hanno portato a nessuna rivalutazione delle decisioni mediche, portando così l'ufficio AI a modificare solo marginalmente le sue decisioni, riconoscendo sul piano neurologico un'incapacità lavorativa al 20%, di per sé per una cefalea non meglio classificata e nel contesto di affermazioni di per sé molto contraddittorie, indicando per es. che i dolori cefalici sono molto meno intensi dei dolori alla colonna vertebrale e ai quattro arti, dolori per i quali apparentemente non sarebbero state riconosciute delle cause organiche sottogiacenti. Nelle conclusioni non si accetta neppure di modificare l'effettiva capacità lavorativa ed adattare i limiti funzionali per il sollevamento di pesi, alle diagnosi che finalmente anche il Dr. \_\_\_\_\_ ha accettato di considerare. Voglio qui precisare che le patologie del midollo spinale di cui questo paziente è portatore, sono patologie mal conosciute, che molti segni descritti come tipici da parte del Dr. \_\_\_\_\_ per una siringomielia, non vengono praticamente mai riscontrati nella pratica medica quotidiana, ma fanno parte della descrizione di casi unici della letteratura medica (i disturbi trofici della pelle sono descritti per es. nel 2% dei pazienti e le alterazioni muscolari nel 5%) mentre la maggior parte dei pazienti (52%) presenta sintomi detti solo "soggettivi", quali: disturbi della sensibilità, dolore, parestesie e nel 30% una diminuzione solo soggettiva della forza. Nel 6% dei casi vengono invece descritte delle artropatie di origine neurogena, del tipo per es. della cifoscoliosi, deformazione che il nostro paziente ha in effetti, sviluppato, problematica questa che invece l'esperto dell'AI non ha neppure messo in possibile relazione con le alterazioni del sistema nervoso riscontrate. Non posso dunque che riaffermare quanto da me già descritto nel rapporto del 9.4.2011 e indicare che ritengo, che la valutazione neurologica del dr. \_\_\_\_\_, non descriva e non considerava le reali condizioni del paziente, che invece ho cercato di descrivere. Debbo dunque confermare che siamo confrontati, con un paziente che presenta delle rilevanti problematiche oggettive di tipo sia somatico, sia psichiatrico. Per queste ultime non è mia competenza esprimermi, anche se debbo ricordare, che proprio queste (patologie psichiatriche), provocano rilevanti interazioni e limitazioni nella presa a carico somatica, limitando l'accesso a quelle cure di cui il paziente avrebbe bisogno in ambito neuro ortopediche, dove abbiamo una malformazione Arnold Chiari I, delle alterazioni del midollo cervicale (atrofia e siringomielia) ed un'importante roto-scoliosi dorso-lombare. Non posso dunque che riaffermare, che il paziente presenta rilevanti problemi neurologici, che certamente sono, indipendentemente dalla problematica psichiatrica, già di per sé di difficile presa a carico e per i quali il paziente necessita sia di un importante trattamento antalgico (derivati della morfina, ecc.), che di misure di protezione, al fine di evitare un'ulteriore compromissione del sistema nervoso e del suo stato clinico. Non posso dunque che anche riaffermare, ancor più, dopo aver ricontattato tutti i medici curanti ed ottenuto da loro conferma, che i limiti funzionali descritti nella mia lettera di valutazione del 9.4.2011 sono indicati e necessari. Nonostante le limitazioni della problematica psichiatrica sottogiacente, organizzerò una nuova rivalutazione neurochirurgica, in quanto ritengo necessario che, alla presenza di

profonde divergenze di valutazione in ambito neurologico, queste patologie, di per sé molto rare e per le quali abbiamo una limitata esperienza clinica, siano ulteriormente da approfondire. (...)” (doc. AI 124/15-16) questo Tribunale – ricordato anche che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234) e evidenziato come lo stesso dr.

\_\_\_\_\_ ammetta che si tratta sostanzialmente di divergenze di valutazione – deve fare proprie le valutazioni del dr. \_\_\_\_\_ che (esprimendosi anche sul rapporto del 30 marzo 2011 del dr. \_\_\_\_\_) ha concluso: “ (...) Da questi rapporti non emergono nuovi fatti dal lato neurologico, in particolare il Dr. med. \_\_\_\_\_ non descrive nuovi aspetti e riafferma le sue considerazioni descritte nell’aprile 2011, riportando, tra l’altro soprattutto dati statistici senza nuovi elementi neurologici riguardanti il paziente stesso. Non vi è accenno nella discussione se vi sia effettivamente una siringomielia, piuttosto di un’idromielia, basa la sua diagnosi su sintomi “soggettivi” che secondo il Dr. med.

\_\_\_\_\_ sarebbero i sintomi statisticamente più frequenti, ma senza evidenza che vi sia effettivamente una siringomielia né dal punto di vista clinico, né elettrofisiologico e neppure sicuro neuroradiologico. Ricordo inoltre che le mie considerazioni per quanto riguarda un’importante sovrapposizione funzionale sono state condivise in precedenza anche dai colleghi neurologi dell’Ospedale \_\_\_\_\_, dal Dr. med. \_\_\_\_\_ neurologo di Lugano e dal Dr. med. \_\_\_\_\_ primario della Clinica \_\_\_\_\_. Non vedo neanche contraddittoria, come descritto dal Dr. med. \_\_\_\_\_, la mia affermazione che i dolori cefalici siano molto meno intensi alla colonna vertebrale e ai 4 arti, ciò mi è stato proprio riferito dal paziente. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ descrive inoltre che in 6% casi di pazienti con siringomielia vi sarebbero delle artropatie di origine neurologiche come per esempio cifoscoliosi, lasciando intendere che essa nel caso del paziente sia legata alla siringomielia (sempre che ci sia quest’ultima). Si tratta di un’affermazione un po’ azzardata in quanto gli studi sulla associazione tra alterazioni cifoscoliotiche e una siringomielia sono tutt’altro che conclusivi, è molta aperta la domanda se una di esse può essere all’origine dell’altra, in che misura, oppure se si tratta di un quadro globale di disrafismo in pazienti che hanno anche una malformazione di Arnold-Chiari come nel caso del paziente. In tal senso non vedo la necessità di dover modificare le mie considerazioni espresse nel mio rapporto del 2.6.2011. (...)” (XVII/bis) In questo senso, tanto la richiesta audizione del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ quanto la domanda di una perizia giudiziaria comprensiva di una nuova rivalutazione neurochirurgica (cfr. consid. 1.5) vanno respinte. In effetti, 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, *Bundesver-waltungsrechtspflege*, 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. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre 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). Il ricorrente non ha del resto prodotto l'ulteriore documentazione medica preannunciata anche se sollecitata (doc. C e XXI con allegato doc. D; cfr. consid. 1.10 e 1.11). Alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti “ entro un termine ragionevole”, si deve concludere che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici (cfr., al riguardo, STF 8C\_45/2010 del 26 marzo 2010, con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del 10 dicembre 2009 ). In conclusione, rispecchiando la perizia pluridisciplinare 29 novembre 2011 del SAM con i suoi complementi 27 giugno, 21 e 28 ottobre 2011 (doc. AI 118/1-6, IX con allegato doc. 125 e XVII/bis) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) e non essendo provato un peggioramento duraturo con conseguenze sulla capacità lavorativa dopo il mese di novembre 2010 e prima del 15 luglio 2011, a ragione l'Ufficio AI ha confermato una capacità lavorativa, tanto nell'abituale quanto in un'altra attività adeguata, del 50% dall'ottobre 2008. 2.9. Quanto alla valutazione economica, potendo l'insorgente lavorare ancora nella sua attività abituale al 50% è indicato procedere ad un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008 e I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale – come in casu, in base alle risultanze peritali – da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). 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. Ne consegue che va confermato anche il grado d'invalidità del 50%. 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, a ragione l'Ufficio AI ha confermato il diritto alla mezza rendita dall'ottobre 2008. 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.12. L'insorgente ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è

necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004 consid. 4.1.2). In casu il ricorrente non si trova nel bisogno. Dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dalla relativa documentazione acclusa (XVI/bis) risulta infatti quanto segue. Il ricorrente, coniugato con \_\_\_\_\_ e padre di due figlie, dispone, quali entrate, di una rendita AI di fr. 1'251.--, di una rendita LPP di fr. 1'289.90 e di una PC di fr. 2'748.--. Oltre all'importo complessivo delle entrate pari a fr. 5'288.90 il ricorrente ha pure segnalato, sotto la voce risparmi, un "(...) versamento da cassa malati per arretrati circa fr. 9'000.-- da restituire a API (...)" (vedi il punto 5 del certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria nonché l'avviso di accredito 6 settembre 2011 dal quale risulta un versamento della cassa malati a suo favore di fr. 8'988.50). Quanto alle uscite, l'assicurato deve far fronte a fr. 2500.-- quale importo base mensile per sé e la sua famiglia (importo base mensile per coniugi pari a fr. 1'700.-- più fr. 400.-- per la figlia \_\_\_\_\_ nata nel 2005 e fr. 400.-- per la figlia \_\_\_\_\_ nata nel 2009, stabiliti per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento, quale Autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questi importi comprendono già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas; cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo). Bisogna poi computare il canone di locazione e le spese per complessivi fr. 1'380.-- mensili (vedi il punto 4 del certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e il contratto di locazione del 29 dicembre 2008) nonché fr. 3.33 quale imposta personale comunale (fr. 40.-- annui diviso 12 = fr. 3.33). Non possono invece essere ritenute le spese per il posteggio e per l'auto. A tale proposito va rilevato che è principio giurisprudenziale e dottrinale indiscusso che le spese fisse e correnti connesse all'uso di un'automobile rientrano nel minimo di esistenza del debitore solo se il veicolo viene dichiarato impignorabile in virtù dell'art. 92 n. 3 LEF, ossia se gli è necessario per l'esercizio della sua professione (DTF 117 III 22, 104 III 73, 97 III 52; Guidicelli/Piccirilli, Il pignoramento di redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese, Lugano 2002, n. 171 ss), ciò che non corrisponde al caso in esame. In concreto, aggiungendo all'importo di base di fr. 2'500.-- il supplemento del 15-25%, a cui si fa riferimento nella suevoca giurisprudenza federale, risultano uscite per 4'258.33 rispettivamente 4'508.33, e quindi, nel primo caso, un'eccedenza di fr. 1'030.57 e, nel secondo caso, di fr. 780.57 al mese. Con una tale eccedenza, anche avuto riguardo al debito di fr. 11'602.-- (importo chiestogli in restituzione con decisione 26 luglio 2011 dalla Cassa cantonale di compensazione per gli assegni famigliari per assegni di prima infanzia versati indebitamente; al quale lo stesso assicurato ha indicato di dover far fronte con il versamento della cassa malati di circa fr. 9'000.-- e di cui può in ogni caso essere chiesta una rateizzazione) l'indigenza non può essere ammessa. Non essendo dunque adempiuto il primo presupposto (cumulativamente necessario) dell'indigenza, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va respinta.