

TI_GERICHTE 32.2012.174 vom 27. März 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-03-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.174

FR: TI_GERICHTE 32.2012.174 du 27 mars 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2012.174 del 27 marzo 2013

Regeste

Gerente indipendente. L'UAI ha rettamente respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato. Confermata valutazione medica e l'inchiesta economica per indipendenti. Accolta AG per la procedura amministrativa

Erwägungen

E. 31

della Lptca -, quando siano proposti davanti alla stessa autorità più ricorsi il cui fondamento di fatto sia il medesimo, l'autorità può ordinare la congiunzione delle istruttorie, decidere i ricorsi con una sola decisione o sospendere una o più procedure in attesa della istruzione o della decisione delle altre. Nella concreta evenienza, visto che i ricorsi sono presentati dal medesimo insorgente, che sono diretti contro due decisioni emesse da un'unica autorità e che sussiste una connessione tra le due pronunzie, per economia processuale le procedure ricorsuali sono congiunte in un unico procedimento giudiziario (DTF 128 V 124 consid. 1; SVR 2005 AHV N. 15 p. 48; STFA C 23/04 e C 26/04 del 26 agosto 2005). Nel merito

2.3. Il TCA è chiamato a stabilire se l'amministrazione era legittimata a negare all'assicurato il diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità oppure no. 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). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che 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 che 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 dello 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 TFA 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 infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. 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 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alla persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente,

produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo 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 il TFA ha stabilito che i soli 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). 2.5. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato 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). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di

trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza federale, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di familiari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle

circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.6. L'Alta Corte ha già avuto modo di affermare l'ammissibilità di principio di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. Nella STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario. Per altri casi in cui, invece del metodo straordinario, è stato applicato il normale confronto dei redditi utilizzando i dati statistici ed esigendo dall'assicurato il passaggio ad un'attività dipendente cfr. STF 9C_335/2007 e STF 9C_13/2007. 2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al

lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella *Pratique VSI 2001* pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (*Pratique VSI 2001* pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). 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). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; 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 (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale 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 p. 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). Infine, il Tribunale federale ha 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 cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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). 2.8. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). A finché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und

[psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.9. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato l'amministrazione ha predisposto un accertamento medico pluridisciplinare ad opera del Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità (doc. AI 109-1). Nel contesto della perizia SAM i medici hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr.ssa _____), quella reumatologica (Dr. _____), quella neurologica (Dr. _____) e infine quella ORL (Dr. _____). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 30 marzo 2007 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "Sindrome cervicovertebrale su alterazioni statiche della colonna cervicale con deformazione cifotica della parte alta della colonna cervicale, nonché importanti alterazioni degenerative in particolar modo a livello dei segmenti da C4 sino a C7 con osteocondrosi e spondilosi anteriore e posteriore, uncartrosi e spondilartrosi. Periartrite omeroscapolare tendinopatica con micro calcificazioni a livello del tuberculum majus, nonché omartriosi ed artrosi acromioclavicolare a destra con sintomatologia d'impingement. Non segni clinici per una lesione a tutto spessore della cuffia dei rotatori. Metatarsalgie a livello del piede destro in stato dopo frattura prossimale del V° metatarso consolidata risalente al 1989. Iniziale artrosi tibiotarsica a destra" (doc. AI 109-11). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata invece posta quella di "Instabilità posttraumatica (commotio labirintica), ipoacusia delle frequenze acute, probabilmente professionale, incisura C4 su trauma acustico (vedi servizio militare), amputazione campo visivo destro. Sindrome post-commotiva. Cefalea muscolotensiva. Ipercolesterolemia ed iperuricemia. Ipertensione arteriosa trattata. Erniotomia inguinale sinistra all'età di 5-6 anni" (doc. AI 109-11).

Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura del 65% nell'attività di aiuto gerente, uomo tuttofare, cameriere, addetto all'amministrazione di un ristorante, mentre in un'attività adeguata la capacità lavorativa è piena (doc. AI 109-16+17). A seguito del decreto di stralcio del TCA del 14 febbraio 2011, l'UAI ha predisposto un nuovo accertamento medico reumatologico presso il Dr. _____ che ha posto la diagnosi esposta a pag. 10 del referto peritale e concluso per un'inabilità del 50% nella precedente attività e un'abilità dei 2/3 in un'attività adeguata (doc. AI 176-13). Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale ritiene che le valutazioni peritali effettuate dal SAM e dal Dr. _____, siano

dettagliate, approfondite e quindi rispecchino i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Per quanto riguarda la patologia neurologica l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel referto del 7 marzo 2007 ha diagnosticato unicamente una "cefalea muscolotensiva" che non è d'intensità o frequenza tale da giustificare un'incapacità lavorativa (doc. AI 109-23). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni del perito che non sono del resto state smentite da ulteriori certificati medico-specialistici. Il rapporto del 16 dicembre 2009 del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, trasmesso dal ricorrente all'UAI, non permette una diversa valutazione della fattispecie. Lo specialista non ha posto una diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa residua (doc. AI 144-1). Per quanto riguarda la patologia ORL l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH ORL, il quale nel rapporto del 15 febbraio 2007 ha diagnosticato un' "Instabilità posttraumatica (commozio labirintica). Ipoacusia nelle frequenze acute probabilmente professionale. Incisura C4 su trauma acustico (v. servizio militare), amputazione del campo visivo destro" (doc. AI 109-25). In considerazione dell'amputazione parziale del campo visivo l'assicurato non è ritenuto adatto per lavori nell'edilizia, mentre in tutte le altre attività non vi è alcun problema (doc. AI 109-16). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico della Dr.ssa _____, medico chirurgo, specialista in psichiatria, la quale nella perizia del 25 febbraio 2007 ha diagnosticato una "Sindrome postcommotiva (ICD 10, F 07.2)" con piena abilità lavorativa (doc. AI 109-27+28). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni del perito che non sono del resto state smentite da ulteriori certificati medico-specialistici. Dopo l'accertamento professionale svolto dall'assicurato presso il CAP di _____, l'amministrazione ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato a una nuova valutazione presso il Servizio Medico Regionale (SMR) proprio in considerazione del fatto che i consulenti del CAP – peraltro non medici – avevano indicato un'inabilità completa nella precedente attività e del 50% in attività adeguate (doc. AI 179-2). Nel rapporto medico del 9 ottobre 2008 la Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, esperto SIM, ha ripreso la medesima diagnosi di "Sindrome postcommotiva (ICD 10, F 07.2)" e la piena capacità lavorativa già indicate dalla Dr.ssa _____. A suo dire dal quadro clinico non sono emersi elementi che depongano per la presenza di un disturbo affettivo maggiore, disturbi psicotici o di ansia inquadrabili secondo la classificazione ICD 10 o DSM IV TR (doc. AI 131-4+5). A seguito dell'invio da parte dell'assicurato di un rapporto medico del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna (doc. AI 138-1), l'UAI ha predisposto una nuova valutazione medica presso il SMR. La Dr.ssa _____ nel rapporto del 26 gennaio 2010 ha ribadito la diagnosi di "Sindrome postcommotiva (ICD 10, F 07.2)" aggiungendo quella di "Sindrome da disadattamento, reazione ansioso-depressiva (ICD 10 F 43.22)" (doc. AI 146-12). Tuttavia, sempre secondo la specialista, benché il decorso clinico si sia caratterizzato per la presenza di reazioni ansioso-depressive reattive ad eventi di vita stressanti nell'ambito di un disturbo di disadattamento (ICD 10 F 43.22), "esse sono apparse di lieve entità sia per la sintomatologia esperita che obiettivata sia per l'assenza di un significativo grado di compromissione del proprio funzionamento personale e sociale" (doc. AI 146-13). L'assicurato non ha necessitato di cure psichiatriche limitandosi ad una terapia antidepressiva a basso dosaggio. In definitiva la perita ha ritenuto invariata la

capacità lavorativa rispetto alle precedenti valutazioni del 2007 e del 2008 (doc. AI 146-13). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla Dr.ssa _____ e dalla Dr.ssa _____. Le conclusioni dei consulenti del CAP, peraltro non medici, seppur divergenti per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurato non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai referti peritali qui esaminati e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla sua capacità di lavoro. Per quanto riguarda infine la patologia reumatologica l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, che nel rapporto del 18 aprile 2007 ha posto la diagnosi di “-sindrome cervico-vertebrale su alterazioni statiche della colonna cervicale con deformazione cifotica della parte alta della colonna cervicale, nonché importanti alterazioni degenerative in particolar modo a livello dei segmenti da C4 fino a C7 con osteocondrosi e spondilosi anteriore e posteriore, uncartrosi e spondilartrosi. - peri-artropatia omeroscapolare tendinopatica con micro-calcificazioni a livello del tuberculum majus, nonché omartrosi ed artrosi acromio-clavicolare a destra con sintomatologia d'impingement. Non segni clinici per una lesione a tutto spessore della cuffia dei rotatori. - metatarsalgia a livello del piede di destra in stato dopo frattura prossimale del V° metatarso consolidata risalente al 1989 - iniziale artrosi tibiotarsica a destra” (doc. AI 114-8). A mente dello specialista vi è un peggioramento del quadro clinico rispetto alla valutazione SAM del 2003 (Dr. _____). Di nuova insorgenza vi sono dolori a livello della spalla destra nell'ambito di una peri-artropatia omeroscapolare tendinopatica, di un'omartrosi e di un'artrosi acromio-clavicolare. In considerazione di ciò, il grado d'incapacità lavorativa nella precedente professione è del 35%, mentre in un'attività adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali vi è completa abilità (doc. AI 114-10). Il Dr. _____ ha visitato il paziente anche nel 2009 e con il rapporto datato 23 dicembre 2009 ha posto la medesima diagnosi del 2007 indicando che dal profilo soggettivo vi è un peggioramento dei disturbi, però dal lato oggettivo e clinico lo specialista non ha riscontrato delle significative modifiche (doc. AI 145-1). Con rapporto del 10 novembre 2010 il Dr. _____ ha nuovamente preso posizione sul quadro clinico di RI 1 diagnosticando una “-sindrome cervico-vertebrale su alterazioni statiche della colonna cervicale con deformazione cifotica della parte alta della colonna cervicale, nonché importanti alterazioni degenerative in particolar modo a livello dei segmenti da C4 fino a C7 con osteocondrosi e spondilosi anteriore e posteriore, uncartrosi e spondilartrosi. - peri-artropatia della spalla destra con sintomatologia d'impingement in parte anchilosante su alterazioni degenerative del tendine del sovra spinato, nonché artrosi acromio-clavicolare. - metatarsalgia al piede di destra in stato dopo frattura prossimale del V metatarso consolidata risalente al 1989 - iniziale artrosi tibiotarsica a destra” (doc. AI 160-1). Il Dr. _____ ha definito invariate le diagnosi reumatologiche rispetto alle precedenti valutazioni. Dal punto di vista clinico egli ha tuttavia rilevato una situazione leggermente progredente per quanto riguarda i reperti alla colonna cervicale e alla spalla destra con un'incapacità lavorativa del 40% nella precedente professione, mentre per una valutazione delle attività adeguate ancora esigibili lo specialista suggeriva un riesame peritale (doc. AI 160-2). In considerazione del tempo trascorso dalla precedente valutazione SAM e del parere del Dr. _____, l'amministrazione ha predisposto un nuovo accertamento peritale presso il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e medicina interna (doc. AI 168-1). Nel rapporto del 23 maggio 2011 il Dr.

_____ ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ - Sindrome cervicovertebrale e -spondilogenica cronica su marcate alterazioni statico degenerative: - marcata osteocondrosi e spondilartrosi da C4 a C7;- proiezione anteriore della nuca, inversione della lordosi fisiologica a livello C4/5; assenza di una sintomatologia radicolare o mielopatia. Omartrosi dx con sintomatologia di attrito sottoacromiale su/con: - artrosi acromio-clavicolare (AC). Dolore alla radice all’arto inferiore dx con: - insufficienza della muscolatura gluteale/pelvica dx. Metarsalgie a dx nel quadro di alterazioni statiche dei piedi con: - piede piano trasverso anteriore, dita a martello, piede tendenzialmente cauda d.d.p”, mentre senza ripercussioni sulla capacità lavorativa viene indicata una “ Iniziale artrosi tibiotarsica e talonavicolare dx. Insufficienza legamentare fibulo-talare d.d.p. in st.d. molteplici distorsioni. St.d.frattura prossimale metatarso V e infrazione non scomposta osso cuboideo (1989) con iniziale artrosi del medio tarso ” (doc. AI 176-10). Secondo il Dr. _____ rispetto alla precedente valutazione del 2007 vi è un certo peggioramento dell’impotenza funzionale della spalla destra e un’insufficienza muscolare della muscolatura pelvica a destra. Il perito ha quindi indicato dal mese di dicembre 2010 un’inabilità del 50% nella precedente attività, mentre in un’attività adeguata la capacità lavorativa è dei 2/3 sempre da dicembre 2010 (doc. AI 176-13+14). In definitiva questa Corte ritiene che lo stato di salute dell’assicurato, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato sia dal Dr. _____ che successivamente dal Dr. _____. Il peggioramento del quadro clinico dell’assicurato sollevato dal Dr. _____ nel rapporto del 10 novembre 2010 e oggetto del rinvio richiesto dall’amministrazione (cfr. doc. AI 168-1, 169-1), è stato chiarito dal perito Dr. _____ e preso in considerazione nella decisione impugnata. Per quanto riguarda la patologia cardiologica questa è stata diagnosticata dal Dr. _____, FMH in medicina interna e medico curante che nel rapporto del 16 gennaio 2012 ha indicato una “ cardiopatia aritmica ” (doc. AI 189-6). L’Ufficio AI, dopo aver richiesto la documentazione medica completa (doc. AI 191-1,192-1, 193-1), ha interpellato il Servizio Medico Regionale (SMR). Il Dr. _____, nelle annotazioni del 12 aprile 2012, ha indicato che la patologia cardiaca è stata di breve durata, senza persistenti problemi cardiaci con potenziale influsso sulla capacità lavorativa (doc. AI 195-1). In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM e le valutazioni del SMR e del Dr. _____ i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7.), alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, 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 schweiz. 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 dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l’assicurato è inabile nella sua attività di gerente nella misura del 35% dal mese di maggio 2005 e del 50% dal dicembre 2010, mentre in attività adeguate e rispettose dei suoi limiti funzionali è pienamente abile dal mese di maggio 2005 e inabile al 33,3% dal mese di dicembre 2010. Per quanto riguarda le attività esigibili la consulente in integrazione professionale nel rapporto dell’8 febbraio 2010 ha indicato che pur non considerando le conclusioni del CAP per quanto riguarda la capacità lavorativa residua, ma prendendo in considerazione i limiti

funzionali indicati, viene confermata l'attività di venditore come l'unica esigibile (cfr. doc. AI 147-3, 179-2). 2.10. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. I I TCA constata che l'amministrazione ha ordinato all'ispettorato AI di esperire un'inchiesta economica per indipendenti eseguita il 17 agosto 2010 (doc. AI 154-1). Nel relativo rapporto l'incaricata, dopo aver esposto lo stato di salute dell'assicurato, la formazione scolastica e professionale, la situazione dell'attività aziendale, l'infrastruttura e la sostanza immobiliare, oltre che la situazione personale, ha indicato, per quanto riguarda il confronto tra campi di attività, che non è possibile procedere ad un confronto in considerazione del fatto che l'assicurato è inabile dal 2005 e l'attività al ristorante è cessata nel maggio del 2007 (doc. AI 154-1+2+3) La consulente ha quindi esposto l'evoluzione dei redditi dell'impresa e le sue conclusioni: "(...) EVOLUZIONE DEI REDDITI DELL'IMPRESA - vedi allegato 1 Reddito dell'assicurato: 2006 2005 2004 2003 2001-02 99-2000 Reddito tassato 17'000 15'000 * 15'000 15'000 12'000 C.I. 17'600 9'175 9'826 16'700 01: 21'300 02: 21'300 99: 47'500 00: 11'600 IPG 6'600 32'813 32'813 · Dal 2007 in assistenza · Vedi motivazione condono imposte del 9 febbraio 2004, chiesto dall'assicurato per le imposte federali 2000-2002 e quelle comunali 1999-2002 · * dopo discussione con tassatore (vedi annotazione conto economico 2004) ” (doc. AI 154-3). Considerati i dati all'incanto e alla luce delle informazioni ottenute dalla gerente del Ristorante _____, _____, ex-moglie dell'assicurato dal '99 ma legata a lui da stretta collaborazione economica e lavorativa sino alla chiusura nel maggio 2007, non ho ritenuto necessario incontrare l'assicurato. Il colloquio non avrebbe portato elementi utili alla valutazione, considerato che l'attività è cessata due anni dopo l'incidente mentre l'assicurato, a quanto risulta dagli atti e dalle dichiarazioni della signora _____, è stato ancora attivo e collaborante sino al 2007. Da allora risulta non abbia svolto alcuna attività e sia a beneficio di prestazioni assistenziali. Del Ristorante, come detto in altri punti del rapporto, non esiste documentazione economica e contabile, sia perché l'assicurato dichiara di non averla, sia perché non è stata richiesta a suo tempo dall'ufficio contribuzioni. E' tuttavia noto che fosse fallimentare, una situazione confermata da alcuni documenti dell'incanto fiscale e dalla signora _____, che deve ancora saldare i debiti. Una chiusura dunque, non direttamente riconducibile al danno alla salute dell'assicurato, ma a fattori estranei, verosimilmente di natura economica. In queste circostanze pertanto, applicare il metodo ordinario o straordinario non ha alcuna ragion d'essere. Il grado di impedimento, almeno per quel che concerne l'attività abituale, può essere stabilito unicamente applicando la valutazione medico-teorica. Per quel che concerne l'attività esigibile, invece, rimando il dossier al consulente affinché proceda al confronto tenendo conto del reddito da valido considerato qui di seguito. Reddito da valido: Ritengo che per il reddito precedente il danno si debba prendere a riferimento la media degli anni in cui l'assicurato ha conseguito un guadagno più elevato, che secondo l'estratto dei C.I. riguardano gli anni '99, 2001 e 2002; la media è uno strumento indicato per dare il quadro di come l'attività si sia evoluta nel corso degli anni. Dalla media degli anni sopra indicati risulta un guadagno medio lordo di fr. 30'033.-, che attualizzato al 2008 risulta essere fr. 32'556.-.” (doc. AI 154-4). 2.11. Nel caso in esame, per la determinazione dell'incapacità al guadagno l'amministrazione ha utilizzato il metodo ordinario mettendo quindi a confronto la media dei redditi degli anni 1999, 2001 e 2002 che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno alla salute quale gerente indipendente (reddito da valido) con quello risultante da un'attività lavorativa nel ramo delle vendite, livello di qualifica 4, attività semplici e ripetitive (reddito da invalido). Considerato che il Ristorante _____

gestito dall'ex moglie e dall'assicurato ha cessato l'attività nel maggio del 2007 (doc. AI 154-2), a giusta ragione l'amministrazione ha ritenuto determinante ai fini della valutazione dell'invalidità il metodo ordinario del raffronto dei redditi prescindendo dall'applicazione di quello straordinario. 2.11.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nella presente fattispecie l'Ufficio AI ha calcolato il reddito da valido considerando la media degli anni 1999, 2001 e 2002 (nei quali l'assicurato ha guadagnato di più) che hanno preceduto l'insorgenza del danno alla salute, per un importo di fr. 30'033.-- pari a fr. 31'399.-- nel 2006, fr. 32'556.-- nel 2008 e fr. 33'519.-- nel 2010 (doc. AI 196-1). L'amministrazione ha scelto di applicare la media dei redditi tassati degli anni 1999, 2001 e 2002, poi attualizzandola al 2006 e al 2010, in assenza di documentazione economica e contabile relativa al Ristorante _____ che l'assicurato gestiva unitamente all'ex moglie sino al mese di maggio 2007. Il ricorrente, da parte sua, ha censurato l'importo del reddito da valido utilizzato dall'amministrazione. A suo dire l'utile d'esercizio conseguito dal ristorante non corrisponde al reddito reale di RI 1 che gestiva l'esercizio pubblico con la moglie, senza essere in possesso della patente d'esercente (doc. I). In secondo luogo, il reddito da valido conseguito nel 2006 non è da considerare visto che a quel momento lo stato di salute dell'insorgente era già pregiudicato da infortuni e malattia (doc. I). Le censure del ricorrente meritano tutela, in quanto il confronto dei redditi svolto dall'amministrazione nella decisione impugnata non conduce a conclusioni chiare ed affidabili sulla perdita di guadagno dell'assicurato. Per stessa ammissione della consulente non esiste una documentazione economica e contabile dell'esercizio pubblico che è stato chiuso nel maggio del 2007. Di conseguenza il reddito da valido è stato calcolato con i soli dati disponibili, ovvero l'estratto dei conti individuali (doc. AI 154-4). L'amministrazione ha considerato attendibili gli importi relativi agli anni 1999, 2001 e 2002 visto che “ l'assicurato non era ancora affetto da alcuna patologia ” (doc. VIII, pag. 2), ciò che non corrisponde a quanto emerge dalla documentazione medica agli atti. Nelle annotazioni del SMR del 25 aprile 2003 il Dr. _____ attestava un'inabilità dell'assicurato del 25% sin dal marzo 1992 (doc. AI 78-1) e nella decisione di rifiuto delle prestazioni del 2 maggio 2003 risultava comunque che l'insorgente era portatore di un danno alla salute che comportava un'incapacità al lavoro del 25% sia quale esercente, sia nello svolgimento di attività leggere o medio leggere (doc. AI 80-1). Vista la poca attendibilità dei dati utilizzati

dalla consulente, secondo il TCA occorre utilizzare i dati statistici. Applicando i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, riferita all'anno 2006, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 55 " Alberghi e ristoranti " si ottiene un importo mensile di fr. 3'611.-- mensili e di fr. 43'332.-- annui che riportato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, p. 90), ammonta a fr. 3'764.46 mensili oppure a fr. 45'173.60 per l'intero anno (fr. 3'764.46 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Applicando i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, riferita all'anno 2010, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 55-56 " Alberghi e ristoranti " si ottiene un importo mensile di fr. 3'810.-- mensili e di fr. 45'720.-- annui che riportato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, p. 90), ammonta a fr. 3'962.4 mensili oppure a fr. 47'548.8 per l'intero anno (fr. 3'962.4 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Adeguando tale importo al 2011, si ottiene un reddito da valido di fr. 48'024.28 (+1,0% per il 2011, cfr. tab. cfr. tab. B 10.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, p. 91) . 2.11.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido , contestato dal ricorrente, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Nel caso concreto utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2006 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 52 " Commercio al dettaglio e riparazioni" avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'383.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie

économique, 12-2012, p. 90), esso ammonta a fr. 4'569.27 mensili oppure a fr. 54'831.33 per l'intero anno (fr. 4'569.27 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Nel caso concreto utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 47 " Commercio al dettaglio" avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'508.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, p. 90), esso ammonta a fr. 4'688.32 mensili oppure a fr. 56'259.84 per l'intero anno (fr. 4'688.32 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (" Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2011 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, p. 91), un reddito mensile di fr. 4'733.47 oppure di fr. 56'801.74 per l'intero anno (fr. 4'733.47 x 12). Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico l'assicurato è pienamente abile in attività adeguate dal mese di maggio 2005, mentre è inabile al 33,3% dal mese di dicembre 2010, il reddito statistico non va ridotto nel 2006 e ammonta dunque a fr. 54'831.33, mentre nel 2011 è ridotto del 33,3% e corrisponde a fr. 37'886.76 (fr. 56'801.74 ridotti del 33,3%) (sulla riduzione del reddito statistico da invalido da operare in due fasi cfr. le STF 8C_931/2010 del 26 gennaio 2011 e la STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009). 2.11.3. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% . In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa

R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, “en regard de l’âge de l’assuré et des limitations résultant de l’atteinte à sa santé” (la sottolineatura è del redattore). In un’altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l’Alta Corte non ha ritenuto che l’età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all’art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un’età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l’uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l’invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l’esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l’assicurato anche nell’esercizio di un’attività sostitutiva, può comunque giustificare l’applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall’amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l’applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione).” (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.11.4. In concreto, nel rapporto dell’8 febbraio 2010 – antecedente alla valutazione del Dr. _____ del 23 maggio 2011 – la consulente in integrazione aveva fissato una limitazione del 5% per attività leggera “tenendo conto che l’A. sarà chiamato a lavorare con pacchi pesanti (...) che gli imporranno di suddividere il peso e di fare più viaggi” e del 15% per limiti funzionali e ragioni sociali, con particolare riferimento all’amputazione parziale del campo visivo destro, l’instabilità ed altri problemi statici, oltre all’età e il lungo percorso professionale dell’assicurato nella ristorazione (30 anni) (doc. AI 147-3). Nella decisione impugnata, successiva alla perizia del Dr. _____ che aveva evidenziato un peggioramento dell’esigibilità lavorativa dal profilo reumatologico, l’amministrazione ha invece applicato per il periodo da maggio 2005 a novembre 2010 la riduzione del 9% per attività leggera e del 10% per ragioni sociali, mentre per il periodo da dicembre 2010 la

riduzione del 9% per attività leggere e dell'8% per ragioni sociali (doc. AI 196-2). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte ha ribadito che il giudice non può, senza validi motivi, sostituire il suo apprezzamento a quello dell'amministrazione. In una sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, attualmente contestata davanti al Tribunale federale, questa Corte ha interpellato l'Ufficio AI sulle ragioni per le quali – in quel caso - erano state attribuite le percentuali di riduzione del “9% per attività leggere e 5% per altri fattori di riduzione”, l'Ufficio AI, con scritto dell'11 settembre 2012, ha risposto: “ (...) - La riduzione del 9% per attività leggera è stata stabilita in virtù delle limitazioni funzionali dell'assicurata descritte nella perizia reumatologica del 6 ottobre 2011 del Dr. _____. Occorre rilevare come, per prassi interna (cfr. la qui di seguito allegata tabella di riduzioni) ed al fine di garantire una parità di trattamento, per gli assicurati che presentano una limitazione a sollevare oggetti pesanti di 3 Kg viene effettuata una riduzione dal reddito statistico del 9%. La riduzione del 10% viene invece effettuata quando gli assicurati hanno un limite di caricabilità di 2 Kg. Lo scrivente Ufficio AI tiene a rilevare come nel caso concreto tale riduzione sia stata favorevole all'assicurata, difatti il sopradescritto limite di caricabilità influisce sulla riduzione operata per attività leggera unicamente quando non è già compreso nella valutazione dell'incapacità lavorativa dell'assicurato. Nella fattispecie, la capacità lavorativa residua valutata dal dr. Dr. _____ e riportata dal SMR dr. _____ nel suo rapporto del 17 ottobre 2011, era già comprensiva delle limitazioni funzionali. Di conseguenza, in un corretto inserimento dati nella tabella della capacità di guadagno residua, una riduzione per attività leggera non avrebbe nemmeno dovuto figurare. - Per altri fattori di riduzione (cfr. la qui di seguito allegata tabella di riduzioni), l'amministrazione intende la riduzione della redditività per difficoltà di adattamento sul lungo periodo e/o la riduzione della redditività causata dal danno alla salute. Per valutare tali riduzioni lo scrivente Ufficio AI tiene in considerazione la fascia di età degli assicurati, il genere di attività precedente (sempre il medesimo o in diversi settori o tipo di attività) e le altre limitazioni funzionali (alternanza della postura al bisogno, difficoltà a svolgere lavori di precisione e necessità di pause supplementari). Nella fattispecie è stata considerata una riduzione della redditività per difficoltà di adattamento sul lungo periodo, comprendente una riduzione per l'età dell'assicurata del 4% e per lo svolgimento di lavori sempre nel medesimo settore d'attività dell'1%.” (Doc. XXIII) Invitato dal TCA a fornire ulteriori chiarimenti a proposito della “prassi interna” sopraccitata, l'Ufficio AI, con scritto del 16 novembre 2012, ha innanzitutto rilevato che “il modo di procedere descritto l'11 settembre 2012 e precisato in questa sede è stato adottato unicamente dall'Ufficio assicurazione invalidità del Canton Ticino e non ha valenza nazionale”, aggiungendo che “la prassi sviluppata dall'UAI-TI, di cui si dirà in dettaglio nel corso del presente allegato, è scaturita primariamente dall'esame della prassi degli altri Uffici AI”. Quanto alle modalità di attuazione della direttiva interna del 15 maggio 2009, l'amministrazione ha precisato di avere stabilito “i valori di riduzione massimi e minimi per ogni singola eventualità (attività leggera, età ed anni di servizio, limitazioni della funzionalità, nazionalità e permesso di soggiorno, tasso di occupazione)”, dopo avere proceduto, anche grazie all'aiuto di un economista aziendale, ad un'analisi delle tabelle di riferimento dell'Ufficio federale di statistica (di seguito UFST) concernenti il salario mensile lordo (valore centrale) per rami economici, classi di età e livello di qualifica

richiesto dal posto di lavoro (1/3) – settore privato. Passando all'analisi dei singoli aspetti, l'amministrazione ha rilevato che, per quanto riguarda la riduzione applicabile "per attività leggere", è stata stabilita "una riduzione del 10% per gli assicurati che presentano un limite di caricabilità di 1 kg (indipendentemente che siano uomini o donne). Da tale asserito, l'UAI-TI ha, in modo scalare, determinato le altre riduzioni, sino a stabilire che raggiunti i limiti di sollevamento di 15 kg per le donne e di 20 kg per gli uomini, la riduzione per attività leggera non va più applicata". L'amministrazione ha aggiunto che tale "modo di procedere è stato nel corso del tempo sviluppato rispetto a quanto più genericamente stabilito dalla direttiva interna, nella quale si legge segnatamente che: " Come noto, i livelli di qualifica ai quali viene normalmente fatto riferimento comprendono delle attività semplici e ripetitive (livello 4), sia leggere che pesanti. Le attività leggere sono tuttavia di regola remunerate meno rispetto a quelle medio-pesanti o pesanti. Qualora l'assicurato non sia più in grado di svolgere attività pesanti, appare quindi corretto ammettere una riduzione percentuale sul reddito statistico, considerato che la persona potrà ambire ad un salario in realtà inferiore a quello indicato. Le seguenti tabelle considerano anche l'entità della limitazione: uomini kg percentuale Fino a – 4.99 10 – 8% 5 – 9.99 8 – 5% 10 – 14.99 5 – 3% 15 – 19.99 3 – 1% 20 0 donne kg percentuale Fino a – 4.99 10 – 8% 5 – 9.99 8 – 4% 10 – 14.99 4 – 1% 15 – 19.99 0 Quanto alla riduzione per l'età e gli anni di servizio, l'Ufficio AI, sulla base delle tabelle dell'UFST, ha considerato che: " Fino ai 30 anni d'età in tutte le divisioni economiche i giovani subiscono una penalizzazione a livello salariale. La stessa tendenza si è constatata quando una persona ha all'attivo pochi anni di servizio. È però importante dire che la penalizzazione è contenuta e si esaurisce quasi sempre in un lasso di tempo di pochi anni (di solito inferiore ai 3 o 4 anni). Occorre tuttavia ammettere che le persone con un'età superiore ai 50 anni, con un livello di scolarità medio-basso e sempre attive nel medesimo settore d'attività, possono subire una perdita di guadagno sul lungo periodo. Per questi assicurati, considerando i valori statistici e la realtà economica del nostro Cantone, abbiamo ritenuto opportuno applicare una riduzione del 4% per coloro che hanno una fascia di età compresa fra i 50 e i 59 anni e del 7% per chi ha un'età compresa tra i 60 e i 65 anni. Oltre a ciò è stato ritenuto importante aggiungere una riduzione ulteriore dell'1% per coloro che hanno svolto per lungo tempo sempre la stessa attività o lavorano sempre nello stesso settore (mentre non sussiste questa riduzione per le persone che sono state attive in diversi settori o che hanno svolto differenti attività in quanto considerate maggiormente adattabili)." (Doc. XXVIII) Rispondendo al quesito in merito alle graduazioni fra un minimo e un massimo all'interno delle fasce d'età, l'amministrazione ha comunicato che "la percentuale applicata è unica (fa stato quindi solamente l'appartenenza ad una determinata fascia d'età)" Chiamata, infine, dal TCA a precisare che cosa debba intendersi con l'espressione "la prassi sviluppata dall'UAI-TI è scaturita primariamente dall'esame della prassi degli altri Uffici AI", l'amministrazione, con scritto del 6 dicembre 2012, ha rilevato che tale espressione "era intesa quale riferimento alla giurisprudenza federale relativa alle riduzioni sul reddito ipotetico da invalido (tali sentenze sono appunto state emesse a seguito dell'impugnazione delle decisioni dei vari Uffici AI cantonali)". Il TCA ha quindi concluso che nonostante sia lodevole l'intenzione di garantire l'uguaglianza di trattamento adottata dall'Ufficio AI a giustificazione dell'adozione di una propria "prassi interna", ciò non può essere messo in atto autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino, ma deve avvenire tramite una direttiva a livello federale, da parte dell'UFAS, proprio al fine di garantire un'applicazione uniforme della legge in tutta la Svizzera. Trattandosi di riduzioni da apportare al reddito da invalido, determinato sulla base di valori

nazionali (cfr., al riguardo, quanto deciso dalla Corte plenaria del Tribunale federale il 10 novembre 2005 a proposito dell'inapplicabilità, nella determinazione del reddito ipotetico da invalido per il Canton Ticino, dei valori statistici regionali, a favore dei salari statistici nazionali, SVR 2007 UV n. 17 pag. 56 citata al consid. 2.7.2.), anche la relativa quantificazione della deduzione da apportare non può che venire stabilita a livello federale. Il TCA ha constatato peraltro che il Tribunale federale, finora - pur senza dettagliare in maniera così approfondita la percentuale attribuibile ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione) - ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 (5%-10%-15%-20%-25%). Alla luce di quanto appena esposto nella sentenza del 31 gennaio 2013 il TCA non può quindi condividere la scelta dell'Ufficio AI e ritiene corretto, in applicazione della giurisprudenza riprodotta al consid. 2.10.3. e in considerazione del peggioramento riscontrato dal Dr. _____ oltre che delle ragioni sociali indicate nel rapporto dell'8 febbraio 2010 della consulente in integrazione, applicare una riduzione del 10% per attività leggere e del 10% per ragioni sociali, per una riduzione complessiva del 20%, sia per il periodo da maggio 2005 a novembre 2010 che per il periodo da dicembre 2010. Periodo dal 1° maggio 2005 al 30 novembre 2010 Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 54'831.33 ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 100% e ammettendo la riduzione del 20%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 43'865.06 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno (2006) di fr. 45'173.60.-- (consid. 2.10.1.) non emerge alcun tasso d'invalidità. Periodo dal 1° dicembre 2010 Procedendo al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 56'801.74 ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 66,7% si ottiene - come visto (cfr. consid. 2.10.2) - un importo di fr. 37'886.76. Ammettendo poi la riduzione del 20%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 30'309.40. Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno (2011) di fr. 48'024.28 (consid. 2.10.1.) emerge un tasso d'invalidità del 36,8% , arrotondato al 37% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto comunque ad una rendita d'invalidità come stabilito dall'amministrazione. 2.12. Con decisione del 31 luglio 2012 l'Ufficio AI ha respinto la richiesta di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio in ambito amministrativo inoltrata dall'assicurato (doc. AI 204-1, inc. 32.2012.200). 2.12.1. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica, DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Già prima dell'entrata in vigore della LPGA, la giurisprudenza (vedi per l'assicurazione invalidità DTF 114 V 228, per l'assicurazione contro gli infortuni DTF 117 V 408 precisata con la DTF 125 V 32) aveva riconosciuto, senza imporre alcun limite temporale, il diritto al gratuito patrocinio nell'ambito della procedura amministrativa in materia di assicurazioni sociali, a condizione che fossero rispettati gli stessi presupposti applicabili nella procedura giudiziaria, ovvero il richiedente deve trovarsi nel bisogno, il patrocinio deve essere necessario o perlomeno indicato e le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b, ambedue con riferimenti). Il

TFA aveva peraltro sottolineato che le condizioni per la concessione del gratuito patrocinio dovevano essere valutate con rigore (cfr. SVR 2000 KV Nr. 2, consid. 4c, p. 6, in fine). Secondo dottrina e giurisprudenza, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (cfr., ad esempio, STF I 127/2007 del 7 gennaio 2008, consid. 4.3 e U. Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess 2003, ad art. 37, n. 20, p. 400; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (cfr. FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (cfr. Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 21, p. 400-401). In una sentenza I 928/05 del 4 dicembre 2006 in una vertenza relativa all'assicurazione invalidità, il TFA ha osservato che la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura amministrativa va riconosciuta solo in casi eccezionali e dipende dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. In quell'occasione l'Alta Corte ha negato la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione sviluppando le seguenti considerazioni: "(...) 5.1 Was die von Vorinstanz und Verwaltung verweigerte unentgeltliche Verbeiständung im Einspracheverfahren anbelangt, so hat das kantonale Gericht zutreffend erwogen, dass der Gesuch stellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG nur bewilligt wird, wo die Verhältnisse es erfordern, im kantonalen Prozess dagegen bereits, wo die Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG). Richtig ist auch, dass die Officialmaxime rechtfertigt, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 36 Erw. 4b, 114 V 235 Erw. 5b); die anwaltliche Vertretung im Verwaltungsverfahren drängt sich nur in Ausnahmefällen auf (BGE 132 V 201 Erw. 4.1, 117 V 408 f. Erw. 5a, 114 V 238 Erw. 6). Verlangt werden qualifizierende, besondere Umstände. Dagegen kann nicht bereits aus dem Umstand, dass eine Recht suchende Person während des Verwaltungsverfahrens von einer Fürsorgebehörde betreut wurde, auf die fehlende Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im Einspracheverfahren geschlossen werden. Insoweit greift die Begründung der Vorinstanz zum ablehnenden Entscheid zu kurz. 5.2 Umgekehrt kann aber auch nicht bereits aufgrund der Tatsache, dass eine Rente - mithin eine finanzielle Leistung von in der Regel erheblicher Bedeutung - zur Diskussion steht, automatisch von einer notwendigen Verbeiständung ausgegangen werden. Wollte man bereits in diesem Umstand einen besonders schweren Eingriff in die Rechtsstellung des Versicherten erblicken, der regelmässig eine unentgeltliche Verbeiständung zur Folge hat, würde dies darauf hinauslaufen, dass eine solche in praktisch allen oder den meisten IV-Fällen zu gewähren wäre, was der gesetzlichen Regelung widerspräche (Urteil R. vom 8. November 2006, I 746/06). Es sind vielmehr die konkreten Umstände zu beurteilen. 5.3 Vorliegend hat die IV-Stelle ihre Leistungsverweigerung in einer ersten Verfügung vom 9. Januar 2004 zunächst damit begründet, dass die im Arztbericht von Frau Dr. med. L. _____ vom 30. Dezember 2003 gestellte Diagnose weiterhin eine körperlich nicht belastende Tätigkeit ganztagig ermögliche, was nach wie vor ein rentenausschliessendes Einkommen zulasse. Auf anwaltliche Einsprache hin holte sie den zum Abklärungsbericht der Institution X. _____ vom 23. Juni 2003 abgefassten Zusatzbericht von Frau Dr. med.

L. _____ vom 28. April 2004 ein, worin eine psychiatrische Begutachtung empfohlen wurde, und hob die Verfügung deswegen auf (Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004). Nach Eingang des psychiatrischen Berichtes von Dr. med. H. _____ vom 28. Januar 2005, worin auf das Fehlen eines psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsschadens geschlossen wurde, erneuerte die Verwaltung ihre ablehnende Haltung mit Verfügung vom 7. Februar 2005. Aus medizinischer Sicht wies der Fall demnach weder nach Erlass der ersten noch der zweiten Verfügung besondere Schwierigkeiten auf. Auch sonst sind keine qualifizierten Umstände auszumachen. Es galt lediglich, die offenkundige Diskrepanz zwischen den medizinischen Berichten und jenem der Institution X. _____ zu erkennen und aufzugreifen, wozu die den Beschwerdeführer während des Verwaltungsverfahrens begleitende Fürsorgebehörde ohne weiteres in der Lage gewesen wäre. Der vorinstanzliche Entscheid, mit welchem die Notwendigkeit einer anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren verneint wurde, ist somit im Ergebnis zu bestätigen. (...)" (STFA del 4 dicembre 2006 nella causa F., I 928/05, consid. 5.1 e 5.2) Nella sentenza I 746/06 dell'8 novembre 2006 il TFA ha indicato i seguenti casi di applicazione della propria giurisprudenza: " (...) 3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Notwendigkeit einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren etwa bejaht in Fällen, wo sich die versicherte Person mit mehreren Arztberichten und Gutachten und einem Abklärungsbericht Haushalt auseinandersetzen und zu dem im Rahmen der gemischten Methode vorgenommenen Einkommensvergleich Stellung zu nehmen hatte (Urteil O. vom 27. April 2005 Erw. 7.3, I 507/04), oder wo die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sehr umstritten, die Einkommensberechnung in der Verfügung nicht nachvollziehbar und zudem weitere Einkommensbestandteile umstritten waren (erwähntes Urteil I 75/04 Erw. 3.3), oder in einem Fall, in welchem sich der Versicherte während Jahren wiederholt und erfolglos an die Verwaltung gewandt hatte, ohne dass für die ausserordentlich lange Verzögerung fallbezogene Gründe ersichtlich waren (Urteil W. vom 12. Oktober 2004 Erw. 4.2, I 386/04). Verlangt werden somit qualifizierende, besondere Umstände. (...)" (STFA dell'8 novembre 2006 nella causa R., I 746/06, consid. 3.2) Per un caso in cui, sempre in materia di assicurazione per l'invalidità, il TFA ha invece ammesso la necessità dell'assistenza di un avvocato per la procedura di opposizione visto che si trattava di applicare la giurisprudenza relativa alla sindrome da dolore somatoforme, vedi la sentenza I 319/05 del 14 agosto 2006. 2.12.2. Nella presente fattispecie l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa in quanto ha ritenuto che il caso non presentava particolari difficoltà procedurali o di merito e dunque l'intervento di un legale non appariva indispensabile (doc. 204-1, inc. 32.2012.200). Secondo questo Tribunale tali argomentazioni non sono in concreto sufficienti per escludere il diritto al gratuito patrocinio. Chiamata a pronunciarsi sui presupposti necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, in particolare sulla necessità dell'assistenza di un avvocato "sachliche Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts", l'Alta Corte, in una sentenza I 911/06 del 2 febbraio 2007 si è confermata nella propria giurisprudenza e ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren

zurechtzufinden (Schwander, Anmerkung zu BGE 122 I 8, in: AJP 1996 S. 495). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (BGE 130 I 182 Erw. 2.2 mit Hinweisen), und wenn auch eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt (BGE 125 V 34 Erw. 2, 114 V 236 Erw. 5b; AHI 2000 S. 163 f. Erw. 2a und b). Die sachliche Notwendigkeit wird nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass das in Frage stehende Verfahren von der Offizialmaxime oder dem Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, die Behörde also gehalten ist, an der Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhaltes mitzuwirken (BGE 130 I 183 f. Erw. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen). Die Offizialmaxime rechtfertigt es jedoch, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 35 f. Erw. 4b; Anwaltsrevue 2005/3 S. 123; Urteil H. vom 10. März 2006 Erw. 7.1, I 692/05). (...)" (STFA del 2 febbraio 2007 nella causa G., I 911/06) La necessità o meno dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione dipende dunque esclusivamente dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. Ora, nel caso concreto, l'UAI dopo aver esperito gli accertamenti medici ed economici del caso, in particolare tramite una perizia pluridisciplinare SAM (doc. AI 107-1), un accertamento professionale presso il CAP di _____ (doc. AI 126-1), due valutazioni mediche del SMR (doc. AI 131-1, 146-1) e un'inchiesta economica per l'attività professionale indipendente (doc. AI 27-1) e infine una valutazione reumatologica a cura del Dr. _____ (doc. AI 176-10) ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato. In sede di osservazioni al progetto di decisione del 19 dicembre 2011 l'avv. _____ ha contestato la valutazione medica svolta dall'amministrazione, nonché quella economica, in particolare il metodo di calcolo adottato dall'Ufficio AI (doc. AI 189-1). La problematica trattata nella presente fattispecie è da ritenersi complessa in quanto concerne un'assicurato che ha svolto un'attività lavorativa indipendente, affetto da pluripatologie (psichiatrica, reumatologica, neurologica e ORL) che è stato sottoposto ad una prima perizia pluridisciplinare SAM nell'ambito della prima domanda di prestazioni AI risalente al 1989, ad una seconda perizia pluridisciplinare SAM riferita alla domanda di AI del 2005, ad un accertamento professionale presso il CAP di _____, a due valutazioni mediche del SMR, ad un'inchiesta economica per l'attività professionale indipendente ed infine ad un'ulteriore valutazione reumatologica, a seguito del decreto di stralcio di questa Corte del 14 febbraio 2011 (doc. AI 170-3). A seconda dell'esito di questi accertamenti medici poteva trovare applicazione la giurisprudenza in merito alla cumulabilità o meno dei singoli gradi di inabilità lavorativa. Inoltre, avendo l'assicurato svolto l'attività di gerente indipendente entra in considerazione il tema complesso del calcolo economico riferito ai lavoratori indipendenti. Alla luce di quanto appena esposto è a torto che l'Ufficio AI ha ritenuto non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato e concluso che l'insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Per quanto riguarda gli altri presupposti – non analizzati dall'Ufficio AI – cumulativamente necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, il TCA rileva quanto segue. Le osservazioni al progetto di decisione dell'assicurato non erano prive di possibilità di esito favorevole. Inoltre, l'insorgente, come vedremo (cfr. consid. 2.12.), risulta indigente. Gli atti vanno quindi rinviati all'Ufficio AI, affinché si pronunci sull'importo spettante

all'assicurato (cfr. DTF 131 V 153). 2.12.3. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.12.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: " (...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)".

2.13. Il ricorrente ha infine postulato di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio per la presente procedura (doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al 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). Dalle tavole processuali si evince che il ricorrente, divorziato, vive grazie all'aiuto dell'assistenza pubblica (cfr. doc. 5). In tali circostanze l'indigenza deve essere ammessa. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per

la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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