

TI_GERICHTE 32.2014.97 vom 5. Juni 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-06-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.97

FR: TI_GERICHTE 32.2014.97 du 5 juin 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.97 del 5 giugno 2014

Regeste

Domanda di rendita AI respinta in assenza di un danno alla salute invalidante. Nessuna violazione del diritto di essere sentito. Conferma della completezza degli accertamenti effettuati dall'UAI e delle valutazioni mediche esperite

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA del 29 giugno 2006 nella causa J. e D., H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Nel caso di specie, la presa di posizione del servizio medico fiduciario è stata allegata al progetto di decisione del 20 dicembre 2013 (doc. AI 500-2). Tant'è che il ricorrente, al quale in ogni caso prima dell'inoltro del gravame è stato trasmesso l'incarto (doc. AI 517-1), in sede di osservazioni si era lamentato che fosse stato allestito in lingua francese (doc. AI 502-1). Egli ha dunque potuto visionare la valutazione del SMR e prendere posizione, sia per iscritto, che nel corso del colloquio tenutosi il 15 maggio 2014 presso l'UAI (doc. AI 514-1). Del resto, l'insorgente in sede di ricorso, dopo che l'UAI nella decisione impugnata, in seguito alle lamentele dell'interessato in sede di osservazioni al progetto (doc. AI 502-1), facendo riferimento alla sentenza federale 9C_37/2011, aveva affermato di non essere tenuto a tradurre il documento in italiano, non ha obiettato alcunché circa l'idioma (francese) della presa di posizione del medico SMR. Non va del resto dimenticato che il ricorrente è rappresentato da un avvocato ed il TF ha già avuto modo di affermare, in un altro contesto (quello della redazione della sentenza), che gli avvocati svizzeri sono tenuti a capire le lingue ufficiali della Confederazione (sentenza 9C_182/2009 del 2 marzo 2010, consid. 1 con riferimento alla sentenza 1A.25/2005 dell'8 marzo 2005, consid. 2). Inoltre, l'interessato, malgrado alcuni scritti in francese presenti nell'incarto (cfr. ad esempio doc. AI 417-1), non ha mai sollevato, se non il 29 gennaio 2014 (doc. AI 502-1), ma non più in sede di ricorso, e limitatamente alla presa di posizione del 18 dicembre 2013 del servizio medico, alcuna obiezione in merito. Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se, come in concreto, una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto

con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, cfr. anche sentenza 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3). Ne segue che il diritto di essere sentito dell'insorgente non è stato violato, ciò che del resto l'assicurato neppure ha preteso. Va ancora abbondanzialmente evidenziato che l'insorgente pur accennando al ritardo con il quale l'_____ avrebbe trasmesso l'incarto all'UAI del Canton Ticino per competenza dopo il suo ritorno in _____, non solleva alcuna eccezione di incompetenza. Del resto, l'insorgente chiede al TCA di entrare nel merito del ricorso e domanda la modifica della decisione e non il rinvio degli atti all'amministrazione (doc. I, pag. 11). Ora, di principio una decisione resa da un ufficio AI incompetente territorialmente non è nulla ma annullabile (STFA I 232/03 del 22 gennaio 2004 in SVR 2005 IV Nr. 39 S. 145; ZAK 1989 p. 606; DTF 122 I 97 consid. 3a). Inoltre, conformemente alla giurisprudenza federale (STF 9C_891/2010 del 31 dicembre 2010; SVR 2005 IV Nr. 39; STFA I 8/02 del 16 luglio 2002, U 152/02 del 18 febbraio 2003; DFT 139 II 384 consid. 2.3) per motivi di economia processuale si può prescindere dall'annullare un provvedimento reso da un'autorità territorialmente non competente e rinviare gli atti all'autorità competente se l'eccezione di incompetenza non è stata sollevata e sulla base degli atti può essere presa una decisione. Ciò è manifestamente il caso di specie. L'insorgente non ha sollevato alcuna eccezione di incompetenza e sulla base degli atti può essere presa una decisione. Inoltre, visto il tempo trascorso dall'inoltro della domanda (11 dicembre 1997), vi sono motivi di economia processuale che impongono di agire celermente. Ne segue che il TCA può entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione di sapere se l'insorgente ha diritto ad una rendita d'invalidità dal febbraio 1997 al 31 agosto 2008. Relativamente al diritto applicabile, deve essere rammentato il principio secondo il quale, per quanto concerne l'aspetto materiale, le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui i fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme (ed il riferimento alla LPGA vale per il periodo dal 1° gennaio 2003), e, a partire dal 1° gennaio 2008, in conformità con le nuove disposizioni. Deve essere ancora precisato che non sono invece applicabili le norme della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA (per il periodo successivo al 31 dicembre 2002), 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 (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, p. 216ss.). Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute si è stabilizzato; la seconda lettera se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid.

2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Per l'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008, 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%. 2.4. Va ancora rammentato che per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 (DTF 125 V 256 consid.

E. 4

Mise en valeur de la capacité de travail résiduelle ? Sur la base des documents au dossier, l'assuré ne présente pas d'atteinte invalidante ayant pour conséquence une diminution de son incapacité de gain permanente ou de longue durée et, de ce fait, nous n'avons pas à nous prononcer quant à l'exigibilité de la mise en valeur d'une éventuelle capacité de travail résiduelle » (doc. AI 498 1-5) Alla luce di quanto sopra questo TCA deve ritenere che l'_____ ha dato seguito a quanto deciso dal _____ e che non vi sono motivi per distanziarsi dalle conclusioni dell'amministrazione. Le valutazioni dei medici SMR, dr. med. _____, _____ e _____, sono da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati in precedenza. Gli specialisti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato la documentazione messa a loro disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base di tutta la documentazione medica acquisita. In particolare la dr.ssa med. _____, medico capo dell'_____, ha formulato in maniera chiara le diagnosi, in tutte le sue dimensioni (psichiatrica, neuropsicologica, cardiologica e ortopedico-reumatologica) con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa del ricorrente, giungendo alla convincente e motivata conclusione che l'interessato non ha mai avuto una capacità lavorativa durevole nella propria precedente attività, come del resto già stabilito dalla perizia del _____ del 15 settembre 2009. A questo proposito va rilevato come la dr.ssa dell'_____ si è fondata, per la sua valutazione, su tutta la documentazione medica a sua disposizione e come il referto _____ è stato preso in considerazione solo per esaminare la successiva evoluzione dello stato di salute e confermare quanto già emerge dagli altri atti specialistici. La dr.ssa med. _____ ha segnatamente stabilito che dal punto di vista psichiatrico vi è una sola diagnosi del 7 maggio 2011 (sindrome ansioso depressiva importante), ma alcuna presa a carico (neppure farmacologica, se non per un sonnifero, cfr. presa di posizione del dr. med. _____; cfr. anche presa di posizione del dr. med. _____) della patologia né alcuna attestazione di una qualche incapacità lavorativa durevole causata da una patologia psichica. Circa l'aspetto neuropsichiatrico, la dr.ssa ha stabilito che non è stata posta alcuna diagnosi, in particolare con un eventuale disturbo psichico. A parte l'incapacità lavorativa del 40% certificata dal dr. med. _____, non vi è alcun altro medico che ha rilevato una qualsiasi incapacità lavorativa per questa patologia. Del resto tutte le conseguenze sono attribuite al colpo di frusta seguito all'incidente del 1997. Tuttavia l'interessato non ha mai subito alcuna conseguenza organica a livello cerebrale in seguito all'incidente. Per quanto concerne la patologia cardiaca, l'incapacità lavorativa è limitata al periodo successivo all'operazione subita nel 2002, per il periodo dal 21 aprile al 1° agosto. Anche dal punto di vista reumatologico-ortopedico non viene certificata alcuna incapacità lavorativa. La dr.ssa _____ ha così potuto escludere la necessità di ulteriori esami medici ed ha potuto definire i periodi di incapacità lavorativa (riportati nella decisione impugnata). Il ricorrente sostiene che i medici del SMR _____ e del Servizio medico dell'_____ non lo hanno mai visto, né visitato e che sarebbe di conseguenza escluso che essi abbiano potuto esprimere fondati pareri sulla fattispecie in esame. A torto. Infatti il referto dei medici SMR risponde alle condizioni poste dalla giurisprudenza e riassunte nel considerando 2.4, per conferirgli piena forza probatoria. Del resto, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è possibile se l'SMR dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., nel caso di una perizia, sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008; sentenza 8C_659/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5; sentenza 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno

2013, consid. 2.5). In concreto non va poi dimenticato che il _____ non ha ordinato un nuovo esame personale, bensì ha lasciato ai medici dell' _____ il giudizio circa l'eventuale necessità di ulteriori accertamenti medici (cfr. consid. 11: “ [...] L' _____ sottoporrà l'insieme degli atti al proprio servizio medico, il quale farà espletare gli eventuali nuovi esami medici che riterrà necessari [...] ”). Ciò che gli specialisti del SMR _____, nel preciso caso concreto, hanno potuto escludere, essendo sufficiente la (cospicua) documentazione medica dell'inserto. I referti dei medici curanti e quelli citati con il ricorso che danno atto di altri periodi di incapacità lavorativa non sono atti a sovvertire quanto stabilito dai medici SMR, sulla base di tutta la documentazione medica acquisita. Ciò vale in particolare per i certificati che l'insorgente ha prodotto in sede di audizione (del resto in gran parte già agli atti in precedenza e dunque già ampiamente valutati [cfr. doc. AI 380]), i quali si limitano a porre diagnosi e inabilità lavorative, senza tuttavia descrivere elementi medici oggettivi che possano mettere in dubbio le pertinenti valutazioni dei medici SMR (doc. AI 513 e seguenti). A questo proposito il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Al ricorrente va ugualmente ricordato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Le attestazioni di incapacità lavorative al 100% nel 1997 e nel 1998 dei dr. med. _____ e _____, non fanno stato di alcuna diagnosi né di alcun dato medico oggettivo (doc. AI 513-2 e 513-2). I certificati della _____ di _____ del 24 luglio 1998 e del 6 aprile 1999, riportano le diagnosi già note, nonché i periodi di degenza che sono stati riconosciuti dai medici SMR quali momenti di completa incapacità lavorativa (doc. AI 513-4 e 513-5). Con il certificato dell'8 agosto 2000 il dr. med. _____, specialista in endocrinologia di _____ (_____) si limita ad attestare un'inabilità a svolgere la normale attività senza apportare alcun elemento medico oggettivo (doc. AI 513-6), così come con quello del 7 maggio 2001 il dr. med. _____ (doc. AI 513-8; cfr. anche la presa di posizione, a questo proposito, della dr.ssa med. _____, cfr. anche doc. AI 380-4), con quello del 20 giugno 2003 il dr. med. _____ di _____ (_____; doc. AI 513-9) e con quello del 16 novembre 2004 il dr. med. _____ (doc. AI 513-11). Neppure gli estratti di referti medici allestiti dal dr. med. _____ l'11 gennaio 2001 (doc. AI 513-7), il 30 gennaio 2004 (doc. AI 513-10) e il 14 marzo 2007 (doc. AI 513-19), nonché quello del 2 febbraio 2007 del dr. med. _____ (doc. AI 513-18), contengono elementi che possano far ritenere come non corrette le conclusioni dei medici SMR. La dr.ssa med. _____ ha preso posizione in particolare sui certificati del dr. med. _____, rilevando che tutti e tre i certificati, malgrado il tempo trascorso, sono identici, parola per parola, sia per quanto concerne l'esame clinico attuale, che le diagnosi, e che l'esame clinico è poco descrittivo, riportando

essenzialmente le lamentele del ricorrente, senza alcun elemento oggettivo. A questo proposito va rammentato, circa il ruolo del medico SMR, che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Alla luce di quanto sopra esposto ed in particolare delle valutazioni dei medici SMR, questo TCA deve concludere che l'assicurato, nel periodo determinante (11 dicembre 1996 [cfr. sentenza _____ del 18 febbraio 2013 del _____, consid. 9.6] – 31 agosto 2008), non ha presentato alcun danno alla salute che abbia come conseguenza una diminuzione della sua capacità di guadagno permanente o di lunga durata (cfr. in particolare art. 28 e 29 LAI). Ne segue che, come rilevato giustamente dall'UAI, non è necessario né stabilire quali attività esigibili potrebbe esercitare l'insorgente, né procedere con l'abituale raffronto dei redditi. Va infine evidenziato che la circostanza che in _____ l'interessato sia considerato invalido e abbia beneficiato dal 1° marzo 2006 al 65esimo anno di età di un assegno per invalidità (cfr. doc. AI 513-17) non è un motivo per poter ottenere la medesima prestazione in Svizzera, ritenuto come i concetti giuridici alla base della fissazione dell'invalidità tra i due Paesi sono diversi. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha stabilito che anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità si determina unicamente in base al diritto svizzero. Infatti, in DTF 130 V 253, al consid. 2.4 (cfr. anche Silvia Bucher, Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum Freizügigkeitsabkommen (FZA), in SZS 2004, pag. 405 e segg., in particolare pag. 422), l'Alta Corte ha precisato che: " 2.4 Während somit das FZA gegenüber der bisherigen Rechtslage für unter den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung Nr. 1408/71 fallende Versicherte insofern eine Verbesserung bringt, als Viertelsrenten neu exportierbar sind, ändert sich hinsichtlich der Invaliditätsbemessung nichts an der bisherigen Rechtslage. Wie in nach dem Sozialversicherungsabkommen mit Österreich zu beurteilenden Fällen die Gewährung von Leistungen durch ein österreichisches Versicherungsorgan die invalidenversicherungs-rechtliche Beurteilung nach schweizerischem Recht nicht präjudiziert (Urteil K. vom 4. Februar 2003, I 435/02, Erw. 2), bestimmt sich der Invaliditätsgrad auch nach Inkrafttreten des FZA (abgesehen von der Berücksichtigung der von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte gemäss Art. 40 der Verordnung Nr. 574/72; vgl. auch Art. 51 der Verordnung Nr. 574/72) allein nach schweizerischem Recht. Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist nämlich die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für

das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist." Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma.

2.8. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--andrebbero poste a carico del ricorrente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio. 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 disposto 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, ATSG Kommentar, Zurigo, Basilea, Ginevra 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – 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 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed.; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). In concreto dagli atti emerge che l'insorgente percepisce una rendita AVS di fr. 1'908 al mese (doc. IX/bis), cui occorre sottrarre fr. 1'200 quale importo base per persone che vivono sole secondo la Tabella per il calcolo del minimo di esistenza ai fini esecutivi (edita dalla CEF, quale autorità cantonale di vigilanza, stato 1° settembre 2009), fr. 300 di supplemento del 25% sul fabbisogno minimo secondo la citata giurisprudenza (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004), fr. 250 per l'affitto (doc. IX/bis) e fr. 130.35 per la cassa malati (al netto del sussidio; doc. IX/Bis), per un residuo mensile di fr. 27.65, manifestamente insufficiente per pagare un avvocato. Va qui evidenziato che l'importo di fr. 5'887.30 (secondo pilastro) versato trimestralmente dalla _____ (cfr. anche tassazione 2012 e doc. AI 482-6), è pagato direttamente alla moglie da cui l'insorgente vive separato, su ordine del Pretore aggiunto del Distretto di _____ del 22 aprile 2014 (cfr. doc. D2) e non deve di conseguenza essere preso in considerazione. In queste circostanze il requisito dell'indigenza è dato. Considerato che l'interessato non dispone delle necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale, in casu l'avv. RA 1, appare senz'altro giustificato, e che le argomentazioni, tenuto conto dell'insieme della procedura, non erano palesemente destituite di esito favorevole, il TCA ritiene che nella fattispecie siano soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'insorgente dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; sentenza 32.2011.202 del 16 maggio 2012; STFA del 15 luglio 2003, I

569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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