

TI_GERICHTE 32.2016.68 vom 30. Mai 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.68

FR: TI_GERICHTE 32.2016.68 du 30 mai 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.68 del 30 maggio 2016

Regeste

Perizia SAM (psi, reuma e gastro). Problematica oncologia di nuova insorgenza. IL 20% (riduz. di rendimento) in qualsiasi attività. Raffronto percentuale dei redditi. Grado di invalidità: 20%. No AG-GP

Erwägungen

E. 28

novembre 2016 del dr. med. _____ (doc. C), al SAM (in particolare, al dr. med. Andrea Badaracco, specialista FMH in reumatologia e medicina interna) che nello scritto del 3 aprile 2017 (sulla base delle considerazioni del 21 marzo 2017 del perito reumatologo) ha ribadito che non vi erano ragioni per richiedere ulteriori accertamenti o modificare le conclusioni peritali (doc. XXVI-1). Il 14 giugno 2017, il patrocinatore dell'insorgente ha prodotto il certificato medico del 1° giugno 2017 del dr. med. _____ (doc. E-1), giusta il quale: " (...) Per riassumere, avevo individuato la summa dei seguenti aspetti come causa di disabilità del Sig. RI 1: - incipienti segni di disallineamento sagittale del rachide, sostenuto da una ipolordosi lombare (ridotta di circa 15° rispetto all'atteso calcolato sull'incidenza pelvica); - discopatia degenerativa di grado medio (Pfarrmann 4) del segmento L4-L5, da correlarsi alla presenza di dolore lombare di tipo discogeno esacerbato in presenza di carichi e sforzi fisici; - sovraccarico articolare sacroiliaco sinistro, responsabile della positività alle manovre di sollecitazione articolare sacroiliaca e dal riscontro di dolore in regione sacroiliaca sinistra irradiantesi al gluteo ed alla regione posteriore di coscia omolaterali; tale riscontro è ulteriormente dimostrato dalla recente e discreta (seppur temporanea) risposta al trattamento infiltrativo sacroiliaco eseguito sotto controllo TC; - rigidità importante del rachide lombare (sostenuta da scarsa attività fisica e da sovrappeso). L'evoluzione clinica di questi primi mesi del 2017 ha quindi dimostrato una discreta, seppur temporanea, risposta al trattamento infiltrativo sacroiliaco a dimostrazione del fatto che buona parte dei disturbi possa essere a genesi sacroiliaca. Concordo con il Dr. med _____ che quello dell'equilibrio sagittale non debba essere un concetto dogmatico e che lo stesso vada certamente inquadrato in un contesto clinico generale soprattutto per comprendere le cause che sottendono al disequilibrio (ad esempio una deformità regionale, una postura antalgica, un fallimento chirurgico). Nella pratica quotidiana ritengo che esso abbia un valore clinico rilevante in quanto può rappresentare sia la causa che la conseguenza di dolore al rachide oltre ad orientare sulla diagnosi più corretta. Nel caso in esame il disallineamento, seppur moderato, è infatti interpretabile come causa, certamente non unica, dei sintomi (dolore toracolombare nel tentativo di riequilibrare la colonna) ma anche come conseguenza di discopatia (sappiamo che i dischi intervertebrali sono i principali generatori di lordosi). Resto quindi del parere che le problematiche del Sig. RI 1 siano di tipo esclusivamente meccanico, a genesi mista

toracolombare e sacroiliaca, in presenza di decondizionamento muscolare, sovrappeso ed inattività fisica. Per la salute e l'interesse del paziente (ho discusso a lungo con il Sig. RI 1 a questo riguardo) ritengo che sia indispensabile un ricondizionamento fisico generale con particolare riguardo alla forma fisica, al controllo del peso corporeo, al rinforzo muscolare paravertebrale toracolombare con attività fisica regolare e continuativa oltre al controllo dei carichi ed agli sforzi fisici. Per la sua situazione clinica attuale, sostenuta certamente da problematiche multifattoriali, non credo sia possibile negare con certezza che attività che richiedano carichi, sforzi fisici, necessità di flessione ed estensione del tronco, mantenimento di atteggiamenti posturali forzati e scorretti come posizioni inginocchiate ed il mantenimento di posizioni statiche continuative provochino dolore (...) " (n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice). L'UAI ha sottoposto il certificato medico 1° giugno 2017 del dr. med. _____ (doc. E-1), al SAM (in particolare, al dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna) che nello scritto del 24 luglio 2017 (doc. XXXV-1) ha condiviso le considerazioni del 18 luglio 2017 (doc. XXXV-2) del perito reumatologo, giusta il quale: " (...) Non vi è una divergenza di fondo a riguardo dell'interpretazione del quadro clinico da parte mia e da parte del neurochirurgo . Di volta in volta sono semplicemente stati messi in evidenza alcuni possibili cofattori in base alle conoscenze attuali sulla genesi dei dolori lombari. Prudentemente, sia da parte mia che da parte del collega, é stato sottolineato come si tratti di ipotesi di lavoro. Le lombalgie croniche sono sempre multifattoriali e le ipotesi sull'origine del dolore si basano su indizi e mai su certezze. Riguardo a queste ipotesi sull'origine dei dolori il collega cita 4 fattori con cui concordo pienamente. Questi 4 fattori possono essere riassunti nel capitolo delle lombalgie meccaniche. Si tratta dell'ambito che ho considerato nella mia valutazione peritale e si tratta dell'ambito sulla base del quale è stata presa posizione riguardo alla capacità lavorativa. Non ci sono dunque elementi nuovi che non siano stati da me considerati nella valutazione della capacità lavorativa (...) " (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice). Il 14 giugno 2017, il patrocinatore del ricorrente ha prodotto la documentazione medica (doc. E-2 e 3) in base alla quale, il 6 giugno 2017, è stato diagnosticato al suo cliente un tumore maligno in zona inguinale parte sinistra (metastasi linfonodale di seminoma). L'UAI ha sottoposto i precitati documenti al medico SMR, _____, il quale, nell'annotazione del 25 luglio 2017 - dopo aver rilevato un " riscontro di ingrossamento linfonodale a livello inguinale sinistro il 31.05.2017 con seguente diagnosi istologica di metastasi di seminoma (tumore testicolare) a livello linfonodale inguinale sinistra " - ha concluso per la presenza di una " nuova patologia, diagnosi 5.2017, patologia che comporterà una IL del 100% almeno di 6 mesi per le relative cure (chemio e radioterapia). Quindi indicata nuova domanda. Patologia non manifesta in occasione della decisione di maggio 2016 " (doc. XXXV-3). 2.3. 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). 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 il principio giusta il quale, 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), precisando nel contempo che 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). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, 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). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria

non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato 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 LPGA - 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-assicurati-ve, 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). 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).

2.4. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM (segnatamente la perizia del 19 febbraio 2016 ed i relativi complementi del 24 ottobre 2016, del 3 aprile 2017 e del 24 luglio 2017) da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI.

2.4.1. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria, che l'ha ritenuto abile al 100%, dal profilo psichiatrico, per l'attività da ultimo svolta e per tutte le altre teoricamente esigibili (pag. 201 incarto AI). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario.

2.4.2. Dal punto di vista gastroenterologico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in gastroenterologia, che - dopo aver posto le diagnosi di " malattia da reflusso gastroesofageo " e " malattia diverticolare del colon " - ha concluso che " i disturbi elencati dall'A. portano ad un'incapacità lavorativa al massimo del 20% intesa come limitazione di rendimento riferito ad un'attività al 100%. Questa diminuzione della capacità lavorativa è valevole dal 2011. Questa incapacità lavorativa è un valore massimo ma certe volte può essere anche nettamente più bassa con un decorso alternato. Prognosi: la prognosi a medio-lungo termine è buona. La diminuzione alla capacità lavorativa intermittente si giustifica con i dolori addominali e con dei problemi della defecazione che, ad intermittenza, rendono più sedute sulla toilette necessarie. (...) L'A. è senz'altro in grado di svolgere altre attività nella misura di almeno 80%. (...) " (pag. 209 incarto AI). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario.

2.4.3. Dal punto di vista reumatologico, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del dr.

med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, che - dopo aver posto la diagnosi con influxo sulla capacità lavorativa di " Sindrome lombospondilogenica cronica; modiche alterazioni degenerative aspecifiche anamnestiche al passaggio dorsolombare e a livello della colonna lombare (rapporti del Dr. _____)" ed aver puntualizzato che clinicamente non vi era alcuna evidenza per una neurocompressione e che in accordo con il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna e medico curante dell'assicurato, vi era una forte discrepanza tra le lamentele e le ripercussioni funzionali che ne derivavano con i reperti oggettivi - ha concluso che, da un punto di vista reumatologico, RI 1 poteva senz'altro riprendere un'attività lavorativa come quella di esercente con una limitazione del rendimento dell'ordine del 10% mentre in un'attività leggera che tenesse conto delle limitazioni espresse al punto 5 della sua valutazione [ovvero: " La diminuzione della capacità lavorativa in attività pesanti a mediamente pesanti dovuta alle modiche alterazioni degenerative della colonne dorsolombare. L'assicurato limitato nel sollevamento e trasporto di pesi rilevanti (>15 kg) ed è leggermente limitato nel trasporto di oggetti come un plateau per il servizio ai clienti, particolarmente se questo deve essere svolto in modo molto ripetitivo e molto rapido. Limitazioni anche per movimenti ripetitivi di flessione-estensione del tronco e lavori sopra l'orizzontale"] vi era una piena capacità lavorativa. Il perito del SAM ha precisato anche che " L'assicurato è in grado di svolgere un lavoro leggero e adatto che tenga conto delle limitazioni espresse al punto 5 a tempo pieno e con pieno rendimento, in un'attività solo parzialmente adatta come il lavoro di esercente vi è una diminuzione del rendimento dell'ordine del 10 %. In attività mediamente pesanti la diminuzione del rendimento può raggiungere il 20 % e in attività pesanti può raggiungere il

E. 30

%. " (pag. 206 e 207 incarto AI). 2.4.4. Il perito reumatologo, nelle motivate e approfondite prese di posizione del 18 ottobre 2016, del 21 marzo 2017, del 18 luglio 2017 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.2, e che sono state confermate integralmente dal SAM nei complementi del 24 ottobre 2016, del 3 aprile 2017 e del 24 luglio 2017, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui il neurochirurgo attesta il medesimo quadro clinico (di carattere prettamente meccanico) dandone tuttavia una diversa valutazione circa l'influsso del danno alla salute sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito reumatologo del SAM. Da notare che, nonostante le lamentele sollevate dal patrocinatore in merito all'operato del perito reumatologo del SAM (cfr., in particolare, doc. XXXI), questo Tribunale, dopo attenta analisi di tutta la documentazione agli atti, non ha motivo di ritenere che il dr. med. _____ - specialista proprio nella materia che qui interessa (essendo RI 1 affetto da una problematica meccanica e non neurologica) e che vanta un'ampia esperienza nella medicina assicurativa - fosse prevenuto nei confronti del suo cliente rispettivamente che si sia pronunciato " in modo affrettato e superficiale sullo stato di salute dell'assicurato anziché, prima d'esprimere la propria valutazione, raccogliere tutti gli atti medici necessari a tal fine " (cfr. altresì consid. 2.2, 2.4.3 e 2.4.4). Da ultimo, va rilevato che il perito reumatologo del SAM non ha fatto propria in maniera acritica la considerazione del 15 luglio 2014 del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna e medico curante dell'assicurato nel 1998/1999 e poi a far tempo dal 4 settembre 2013, giusta il quale " esiste una discrepanza fra le alterazioni oggettivabili e i disturbi soggettivi " ma si è trovato in accordo con il collega avendo potuto costatare in prima persona durante il consulto reumatologico del 20 novembre 2015 una " forte discrepanza tra

le lamentele e le ripercussioni funzionali che ne derivano con i reperti oggettivi " (pag. 121 e 226 incarto AI) 2.4.5. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione peritale effettuata dal SAM (segnatamente la perizia del 19 febbraio 2016 ed i relativi complementi del 24 ottobre 2016, del 3 aprile 2017 e del 24 luglio 2017) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.3), alla stessa va dunque attribuita piena forza probante. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute, anche dal profilo reumatologico, dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dagli specialisti del SAM, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, data questa (in casu , il 30 maggio 2016) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3). Per quanto concerne i successivi documenti medici prodotti dal patrocinatore del ricorrente (segnatamente i doc. E-2 e 3) che certificano un tumore maligno in zona inguinale parte sinistra (metastasi linfonodale di seminoma), attestando quindi una problematica oncologica di nuova insorgenza (fine maggio/inizio giugno 2017), essa non porta alcun nuovo elemento clinico per una diversa valutazione della fattispecie. Giova difatti ribadire che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 30 maggio 2016. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (fra le tante cfr. DTF 130 V 138). Tale documentazione medica viene quindi trasmessa all'UAI affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. Va qui pure ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove [in particolare, alla " superperizia a livello universitario " ed al " richiamo dal Servizio di urologia del _____ (_____ e _____) gli atti medici relativi al suo cliente ", chiesti dall'avv. _____: cfr. doc. XXXI; rispettivamente l' " ulteriore più approfondita perizia anche giudiziaria " richiesta dall'avv. RA 1: cfr. doc. XLI], ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre 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 (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che RI 1 presenta un'incapacità lavorativa del 20% (da intendersi come riduzione di rendimento, che include anche eventuali pause supplementari) nell'attività abituale di "esercente" come pure in un'attività adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali e di carico derivanti dal danno alla salute e risultanti dalla perizia del SAM [L'assicurato è limitato nel sollevamento e trasporto di pesi rilevanti (>15 kg) ed leggermente limitato nel trasporto di oggetti come un plateau per il servizio ai clienti, particolarmente se questo deve essere svolto in modo molto ripetitivo e molto rapido. Limitazioni anche per movimenti ripetitivi di flessione-estensione del tronco e lavori sopra l'orizzontale; la sindrome dell'intestino irritabile con dolori addominali e problemi di defecazione rendono necessarie, ad intermittenza, più sedute sulla toilette], a partire dal 2011 per la patologia intestinale e da lungo tempo per la problematica reumatologica, senza soluzione di continuità. 2.5. Dal lato economico, nella decisione oggetto del presente ricorso l'amministrazione ha precisato che "... visto che lei non avrebbe potuto meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua in attività alternative, si ritiene che alle inabilità lavorative succitate accertate nell'abituale professione corrisponda, dunque, un'incapacità lucrativa della medesima entità". In altre parole, al posto del consueto raffronto dei redditi, l'Ufficio AI ha applicato il cosiddetto raffronto percentuale (DTF 137 V 337 consid. 3.1.1 con riferimento a DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_856/2010 del 27 giugno 2011, I 759/2005 del 21 agosto 2006; cfr. anche STCA 32.2016.80 del 6 aprile 2017, 32.2012.28 del 5 novembre 2012, 32.2011.21 dell'11 luglio 2011, 32.2010.209 del 13 gennaio 2011, 32.2010.69 del 9 dicembre 2010). In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale - come in casu in base alla valutazione peritale del SAM - da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., del 31 maggio 1995 nella causa E. D., del 7 giugno 1995 nella causa M. Z. e del 26 febbraio 1996 nella causa G). Pertanto, in applicazione del cosiddetto raffronto percentuale - che non è stata contestata dal patrocinatore dell'insorgente - il reddito da invalido che l'assicurato potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua corrisponde al 20% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, ciò che non giustifica l'attribuzione di una rendita d'invalidità. 2.6. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata. 2.7. 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.-vanno poste a carico dell'assicurato. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio (doc. I, pag. 6 e 7). 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). Ora, va rilevato che per quanto riguarda la situazione valetudinaria dell'interessato (in particolare, la valutazione dello specialista neurologo non apportava nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito reumatologo del SAM e andava quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia - reumatologica - dell'interessato ha sulla sua capacità di lavoro), sulla quale era focalizzata il gravame, alla luce della giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino (riportata in sentenza), doveva apparire chiaro che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. In queste condizioni, non essendo adempiuto uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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