

TI_GERICHTE 32.2017.85 vom 5. April 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-04-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.85

FR: TI_GERICHTE 32.2017.85 du 5 avril 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.85 del 5 aprile 2017

Regeste

Rendita negata in assenza di un grado di invalidità sufficiente. Il ricorrente pretende il riconoscimento di una rendita. TCA conferma il provvedimento

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Con sentenza pubblicata in DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. 2.5. Ricevuta la domanda di prestazioni, con la quale RI 1 lamentava dolori vari, l’amministrazione ha interpellato i sanitari della clinica _____, presso la quale l’assicurato era stato degente dal 30 maggio al 28 luglio 2016 (dopo un ricovero all’ospedale di _____ dal 22 aprile al 30 maggio 2016) per una riabilitazione nell’ambito di una disabilità motoria in esiti di poliradiculoneuropatia da sindrome di Guillain Barré. Il dr. _____ della clinica _____, nel rapporto 26 agosto 2016, posta la diagnosi invalidante di “ Disabilità motoria in poliradiculoneurite (sindrome di Guillain Barré) dall’aprile 2016” , ha attestato un’inabilità completa, soffrendo l’assicurato di “ paralisi arti inferiori, deficit motricità fine e delle prese delle mani ”, affermando che era pensabile una ripresa della capacità lavorativa del 20/30% a 6-10 mesi dalla dimissione (doc. AI 9). Agli atti è pure stato versato il rapporto di dimissione 13 giugno 2016 dell’ospedale di _____ che ha posto le diagnosi di “ Poliradiculoneuropatia su sospetta sindrome di Guillain-Barré (con/su paraparesi arti inferiori, RM lombare 25.04.2016 lombartrosi, ernia discale posteriore mediana L5-S1 con compressione del sacco durale), Disturbo della personalità con delirio persecutorio, Cardiopatia ipertensiva (con tachicardia sinusale, ecocardiografia 11.05.2016: normale funzione sistolica e alterato rilasciamento diastolico di un ventricolo sinistro ipertrofico relativo in assenza di rilevante valvulopatia), Eczema generalizzato del dorso DD tossidermia eritematosa e consumo metabolicamente inadeguato di etile cronico . ” (doc. AI 10). Con rapporto di dimissione del 29 agosto 2016 i sanitari della clinica _____, hanno confermato le seguenti diagnosi: " Diagnosi principale Disabilità motoria in poliradiculoneuropatia su sindrome di Gullain-Barré con: - Paraparesi arti Inferiori - Rachicentesi del 28,04,2016: proteinorrhachia - Esame ENG/EMG, 29,04.2016: reperto motorio ancora entro i limiti della norma agli arti inferiori; al braccio sinistro vi è un lieve-moderato allungamento della

latenza motoria distale sia al nervo mediario che ulnare, con parametri sensitivi nella norma nella norma reperto quest'ultimo che, pur discreto è compatibile con una neuropatia motoria - RM lombare, 25.04.2016: Lombartrosi. Ernia discale posteriore zediana L5-S1 con compressione del sacco durale - TAC addome/bacino 22,04.2016: non lesioni ossee. Nessuna problematica a carico della colonna vertebrale. S1 verticolosi del sigma senza chiari segni per diverticolite, Lesione epatica del diametro di circa 2 cm – compatibile. In prima ipotesi cori un anglicoma (Discusso con Dr. med. _____). Diagnosi secondarie/polimorbidità 1. Cardiopatia Ipertensiva con tachicardia sinusale 2. Eczema generalizzato del dorso DD tossidermia eritematosa 3. Eczema disidrotico palmare bilaterale 4. Inadeguato consumo di etile con: Epatopatia, sospetta polineuropatia periferica 5. BPCO, stadio II, su tabagismo cronico attivo.” Hanno quindi esposto che alla dimissione l’inabilità lavorativa era completa, illustrando i progressi raggiunti durante il ricovero: " (...) La degenza è trascorsa In modo regolare, priva di complicanze. Dal punto di vista funzionale si è osservata una costante progressione funzionale ed il Sig. RI 1 ha partecipato. In modo fattivo al programma impostato, Il dolore al ginocchio sinistro, da imputare a verosimile stiramento legamentare collaterale mediale ed ematoma intramidollare condilare (valutazione del Capo clinica della Clinica (Dr. med. _____), è stato trattato con TECAR terapia e mesoterapia con parziale beneficio. Nel complesso la sintomatologia algica è andata scemando nel corso della degenza tanto da consentire la riduzione progressiva fino alla sospensione della terapia antinfiammatoria/antalgica. Esame obiettivo e clinico funzionale alla dimissione Esame obiettivo Internistico sovrapponibile all'ingresso: Dal punto di vista funzionale alla dimissione, il paziente risulta autonomo nella preparazione dell'ambiente, nell'igiene e nella doccia che effettua a da seduto con sedia da doccia con braccioli, indipendente nell'abbigliamento. È in grado di deambulare in autonomia con girello a 4 ruote, con discreta autonomia. I transfer ed i passaggi posturali avvengono in autonomia e sicurezza. Gli spostamenti per brevi tragitti risultano maggiormente sicuri senza girello; persiste rigidità nel cammino che esegue a piccoli passi, con poca oscillazione e fluidità nei movimenti degli arti superiori. Migliorata la forza e diminuito l'impaccio motorio alle mani, con conseguente miglioramento nella destrezza e motricità fine misurabile nelle prese funzionali e manipolazione di oggetti.” (doc. AI 21) L'Ufficio AI ha quindi ritenuto opportuno far peritare le condizioni dell'assicurato, affidando quindi il mandato alla dr.ssa _____, internista del SMR, la quale con rapporto finale del 6 febbraio 2017, esaminata la documentazione agli atti e proceduto ad un esame clinico, ha concluso ponendo le diagnosi invalidanti seguenti: " Poliradiculoneuropatia, sospetta sindrome di Guillain-Barré 04/2016 - Paraparesi arti inferiori e distalmente arti superiori - Rachicentesi del 28.04.2016: proteinorrachia - ENG/EMG del 29.04.2016 solo un lieve-moderato allungamento della latenza motoria distale al n. mediano ed ulnare del braccio sinistro, altrimenti nei limiti della norma - RM lombare del 25.04.2016: lombartrosi, ernia discale posteriore mediana L5/S1 con compressione del sacco durale - TAC addome/bacino del 22.04.2016: nessuna problematica a carico della colonna vertebrale - Terapia: un ciclo di immunoglobuline 3.5.2016 Ulteriori diagnosi con influo sulla CL . disturbo della personalità con probabile delirio di tipo persecutorio: difficoltà di gestione medico-infermieristico e necessità di camera singola . cardiopatia ipertensiva (Tachicardia sinusale e Ecografia dell' 11 maggio 2016:ventricolo sinistro ipertrofico, assenza di valvulopatia) . St .d. Eczema generalizzato del dorso (DD tossidermia eritematosa) ed Eczema disidrotico palmare bilaterale . St.d. consumo cronico di etile (2l di birra/d), epatopatia, Sospetta polineuropatia periferica Diagnosi senza influo

sulla CL: St. d. contusione dell'occhio dx in età infantile 08/2000 lussazione spontanea spalla destra, tabagismo cronico attivo (circa 60py)”. Ha quindi concluso per un’abilità lavorativa completa dal 22 aprile 2016 nell’attività abituale così come in ogni attività lavorativa e pure come casalingo. Tuttavia, dal 6 febbraio 2017 (vale a dire dalla data della valutazione clinica) la capacità lavorativa era da considerare nuovamente piena in attività adeguate (ossia leggere, con possibilità di alternare la posizione al bisogno, e di effettuare delle pause supplementari, necessità di utilizzare il girello a quattro ruote per dei tratti di più di 50 metri, non comportanti di dover camminare su terreno accidentato). Come casalingo la capacità lavorativa era da considerare del 90% da luglio 2016 e del 100% da febbraio 2017. Nel suo rapporto ha affermato: " Anamnesi fisiologica Deve fare 51 gradini dall'appartamento fino ad arrivare al posteggio auto. La discesa va abbastanza bene tenendosi alla ringhiera. In salita fa una rampa alla volta altrimenti ha dei crampi nei glutei. Porta su la spesa di piccola entità. Anamnesi patologica remota Beveva 21 di birra al giorno, dalla malattia beve solo vino diluito a metà. Fuma ancora. Anamnesi socio lavorativa Ha lavorato fino agli anni 90 come musicista. Dopo ha badato ai famigliari malati. Fa tutti i lavori in casa. È orgoglioso di darsi degli obiettivi. Non vuole farsi vedere sofferente di fronte al figlio minorenni. Abitudini (hobbies) Va regolarmente in giro con la sua macchina, una piccola Suzuki. Segue le partite di hockey con suo figlio minorenni. Studia informatica e segue il forum in internet di www.ilsoftware.it. In un sondaggio è stato eletto il miglior consulente. Dice che è tutto volontariato. Tiene pulito il suo computer di virus: "un pulitore di computer, combatte i virus. Sviluppo della malattia e risultati della terapia 04/2016: nell'arco di 12 ore si manifesta la paralisi accompagnata da forti dolori nelle due gambe. Terapia farmacologica attuale Concor 5 1-0-0 Vitamina D 10 gocce (500U/goccia) Tante pastiglie di Mentos per stimolare la salivazione. Non fa più fisioterapia. Vita quotidiana Si alza, si veste, si lava. Mangia colazione e salta spesso il pranzo. Cucina da solo, prepara spesso pesce. Beve vino diluito a metà con acqua. Fa la pulizia. Va alla lavanderia a gettoni di Camerlata, c'è anche una asciugatrice. Fa la spesa con l'automobile alla Bennett. Può dormire anche 12 ore ma in modo spezzettato. Disturbi soggettivi Se cammina in modo un po' più vigoroso sente dei crampi nei glutei e deve sedersi o meglio stendersi. Si sente spesso stanco. Delle volte teme che le gambe cedano. Ha bisogno del girello per le distanze più lunghe nel supermercato. Delle volte si siede sopra per riposarsi dopo aver camminato. Da circa tre mesi se rimane seduto a lungo sente dei formicolii nelle gambe e deve alzarsi. Status: 168cm, 77kg, BMI 27, orientato, logorroico, collaborante, autonomo nel svestirsi e vestirsi. Passi di lunghezza normale, camminare sulle punte è possibile per qualche passo, sui talloni perde l'equilibrio. Forza nella mano destra 35/70, mano sinistra 26/70. Riflessi vivaci e simmetrici, dolore alla rotazione interna delle anche bilaterale. Piccole escoriazioni della pelle della schiena. Diagnosi: St. d. Poliradiculopatia (sospetto di Guillain-Barré) 04/2016 Valutazione / conclusione: Non ha bisogno di AGI perché autonomo. Vuole farsi seguire in futuro dal Dr. _____, _____, come medico curante.” Ammessa quindi un’abilità lavorativa completa dal 22 aprile 2016 (data del ricovero all’ospedale di _____) al 6 febbraio 2017 (data della visita presso il SMR), e proceduto ad un confronto dei redditi (che ha permesso di stabilire una perdita di guadagno del 3%), sulla base della valutazione del consulente professionale (doc. AI 27), con progetto di decisione del 24 febbraio 2017 l’UAI ha respinto la domanda di prestazioni. Con osservazioni del 27 marzo 2017 l’assicurato si è opposto, chiedendo l’attribuzione di una rendita intera e producendo certificazioni del 27 marzo 2017 e 9 novembre 2016 del curante dr. _____, internista, attestanti

un'inabilità lavorativa completa per non altrimenti specificati " motivi medici ". Ha pure allegato che fra qualche settimana avrebbe dovuto sottoporsi ad "un intervento chirurgico di angioplastica con stent all'aorta femorale, che è attualmente occlusa secondo i recentissimi accertamenti di angiologia (dr.ssa _____)" (doc. AI 30). Con annotazione del 31 marzo 2017 la dr.ssa _____ del SMR ha esposto quanto segue. " (...) In data 31.03.2017 telefono (n. _____) con la Dott.ssa _____, angiologa al _____. Ha visitato il paziente in data

E. 21

.03.2017, soffre di dolori agli arti inferiori d'origine multifattoriale. Viene constatato una stenosi all'arteria iliaca esterna sinistra. La circolazione è sufficiente al riposo, ma non adeguata sotto sforzo. Il paziente è stato annunciato per una angioplastica (palloncino); è un intervento che si fa al Day Hospital con un'inabilità lavorativa al massimo d'una settimana. Chiedono un'astinenza da nicotina. Dopo l'intervento si chiederà al paziente di muoversi di più in confronto allo stato attuale. Lettera della Dott.ssa _____ al PD Dr. med. _____, Viceprimario di radiologia interventistica, ricevuto tramite Fax in data 30.03.2017: Arteriopatia occlusiva degli arti inferiori stadio IIa sinistra, I destra su stenosi emodinamicamente significativa dell'arteria iliaca esterna sinistra. In considerazione della sintomatologia risulta indicato un trattamento mediante angioplastica, motivo per cui chiede al radiologo di convocare il paziente per rivascolarizzazione percutanea. Le indicazioni della Dott.ssa _____ non modificano le constatazioni del rapporto medico del 09.02.2017. Conclusione: I documenti nuovi non modificano le constatazioni del RAF del 09.02.2017." (doc. AI 31) È pure stato versato agli atti lo scritto, menzionato dalla dr.ssa _____, del 21 marzo 2017 della dr.ssa _____ al viceprimario di radiologia dell'ospedale _____, con il quale il paziente veniva inviato per una rivascolarizzazione percutanea (doc. AI 32). Con decisione 5 aprile 2017 l'amministrazione ha quindi respinto la rendita statuendo come segue: " Esito degli accertamenti Secondo la documentazione medica esaminata dal servizio medico regionale dell'AI si determina che per l'attività abituale quale musicista/intrattenitore vi è un'incapacità lavorativa in misura del 100% dal 22.04.2016 mentre in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute l'incapacità lavorativa medico teorica è del 100% dal 22.04.2016 e dello 0% dal 6.2.2017. Calcolo della capacità di guadagno residua (CGR) Salario da valido Nella sua attività di musicista, per l'anno 2015, lei avrebbe potuto percepire un salario annuo di CHF 65'604. Al momento dell'insorgenza del danno alla salute lei non aveva un contratto di lavoro vigente quindi, per definire il reddito in questione si fa riferimento alla categoria professionale 90-93 (attività artistiche, d'intrattenimento e di divertimento) dei rilevamenti statistici svizzeri. Per l'anno 2015 ne risulta un reddito annuo lordo di CHF 65'604. Salario da invalido A seguito della sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La nuova giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica nel 2015 avrebbe potuto realizzare un salario mensile di CHF 5'351.30 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41 .7 ore esso ammonta a CHF 5'578.75 mensili oppure a CHF 66'944.90 per l'intero anno. Si ritiene opportuno effettuare una riduzione del 5% per attività leggera e svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Ne risulta un reddito da invalido di CHF 63'597.70. Grado

d'invalidità $65'604 - 63'598 \times 100 = 3\%$ 65'604 Un grado d'invalidità inferiore al 40% non giustifica il diritto ad una rendita AI. Considerati tutti gli elementi che l'esame del caso ha messo in luce, non si ritiene che la residua capacità di guadagno possa essere apprezzabilmente migliorata mediante provvedimenti reintegrativi di ordine professionale. Su esplicita richiesta scritta da parte sua si rimane a disposizione per valutare la possibilità di attivare il nostro servizio di collocamento. Audizione Abbiamo preso atto delle osservazioni presentate al nostro progetto di decisione e alla documentazione medica inviata che è stata sottoposta alla dottoressa del nostro Servizio medico regionale che dopo aver preso contatto con la Dr.ssa _____, angiologa del _____ di _____ indica che la documentazione medica prodotta non modifica quanto indicato sul rapporto finale SMR del 09.02.2017. Viene inoltre contestato il metodo di valutazione applicato, nello scritto del 20.03.2017 lei ci indica infatti di ritenersi "casalingo". Tuttavia, ritenuto che riceve prestazioni assistenziali dal 2005, possiamo concludere che lei, in assenza del danno alla salute, avrebbe avuto la necessità economica di lavorare. Per cui riteniamo corretto considerarla salariato a tempo pieno. A titolo abbondanziale, pure volendola considerare casalingo, il servizio medico regionale riconosce per l'attività di casalingo un'inabilità lavorativa del 100% dal 22.04.2016, del 10% dal 28.07.2016 e nulla a decorrere dal 26.02.2017. Ciò che non dà comunque diritto ad una rendita d'invalidità, essendo il grado AI nullo alla scadenza dell'anno d'attesa (ovvero aprile 2017). Visto quanto sopra non possiamo che confermare quanto indicato sul progetto di decisione del 24.02.2017.” (doc. AI 33) Di fronte al TCA il ricorrente produce un rapporto visita del 16 dicembre 2015 del dr. _____, specialista in chirurgia ortopedica, con il quale riferisce di disturbi lamentati dall'assicurato ai polsi e, ravvisata una cisti al polso sinistro che a suo avviso può “ saltuariamente ” disturbare il paziente, non ha ritenuto necessario predisporre alcun trattamento chirurgico (doc. F). Produce inoltre la certificazione del 21 marzo 2017 della dr.ssa _____ già agli atti (doc. G). 2.6. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede d'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 (STF 8C_535/2007 del 25

aprile 2008). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) 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

E. 23

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo il TCA l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che, malgrado le diagnosi evidenziate dai medici interpellati, e meglio “ Poliradiculoneuropatia, sospetta sindrome di Guillain-Barré 04/2016 su/con Paraparesi arti inferiori e distalmente arti superiori, proteinorrachia, lieve-moderato allungamento della latenza motoria distale al nervo mediano ed ulnare del braccio sinistro, lombartrosi, ernia discale posteriore mediana L5/S1 con compressione del sacco durale, disturbo della personalità con probabile delirio di tipo persecutorio, cardiopatia ipertensiva, stato dopo eczema generalizzato del dorso e disidrotico palmare bilaterale, stato da consumo cronico di etile con epatopatia e sospetta polineuropatia periferica ”, se andava ammesso un periodo di inabilità lavorativa totale in ogni attività dal 22 aprile 2016 - momento del ricovero all'ospedale di _____ per la manifestazione delle varie problematiche, segnatamente la poliradiculoneuropatia, con conseguente lungo periodo di degenza ospedaliera - dal febbraio 2017 (momento in cui l'assicurato è stato valutato dalla dr.ssa _____ del SMR, cfr. doc. AI 24) l'inabilità restava completa nella precedente professione di musicista, ma era nulla in un'attività adeguata al suo stato di salute e nelle attività casalinghe. Adeguata era da considerare un'attività semplice e ripetitiva rispettosa delle limitazioni elencate dalla valutazione SMR, vale a dire con carico massimo senza limitazioni di 10 kg, necessità di alternare la posizione al bisogno, di effettuare delle pause supplementari, necessità di utilizzare il girello a quattro ruote per dei tratti di più di 50 metri, esclusa la deambulazione su terreno sconnesso. Come casalingo la ripresa della capacità lavorativa al 90% era da fissare al luglio 2016 e quella totale dal febbraio 2017. Il TCA ritiene in particolare che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato sulla base delle valutazioni della dr.ssa _____ del 6 febbraio 2017 (doc. AI 24) e 31 marzo

2017 (doc. AI 31), e non ha motivo per metterne in dubbio le dettagliate e convincenti conclusioni. In effetti, nel suo rapporto la dr.ssa _____, dopo aver valutato la documentazione agli atti ed effettuato un esame clinico, ha illustrato come l'assicurato, che nell'aprile 2016 aveva sviluppato nel giro di poche ore una paralisi accompagnata da forti dolori nelle due gambe, eseguiva la totalità dei lavori domestici e lamentava, camminando in modo un po' più vigoroso, dei crampi nei glutei dovendo quindi sedersi o meglio stendersi. Si sentiva inoltre spesso stanco, con la sensazione che le gambe potessero cedere e faceva quindi uso del girello per le distanze più lunghe. Aveva poi riferito di sentire dei formicolii nelle gambe se rimaneva seduto a lungo. Effettuato uno status generale, con esito nella norma (autonomo nel svestirsi e vestirsi, riflessi vivaci e simmetrici, dolore alla rotazione interna delle anche bilaterale), ha tratto le esposte conclusioni sulla capacità lavorativa, ammettendo una ripresa totale della capacità lavorativa in attività leggere adeguate. Queste conclusioni sono state confermate il 31 marzo 2017 dopo attenta valutazione delle allegazioni avanzate dall'assicurato e dalla documentazione prodotta in sede di osservazioni al progetto di decisione, prendendo altresì contatto diretto con la dr.ssa _____, angiologa, che aveva valutato l'assicurato in relazione ai dolori agli arti inferiori d'origine multifattoriale e posto l'indicazione per una angioplastica per risolvere il problema di una stenosi all'arteria iliaca esterna sinistra. Con pertinenza il medico SMR aveva ritenuto in questa occasione che l'intervento previsto (palloncino) sarebbe comunque un intervento eseguito in day hospital con una conseguente inabilità lavorativa al massimo d'una settimana. Aveva quindi concluso che la documentazione prodotta non modificava le conclusioni del rapporto del 6 febbraio 2017. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunta la dr.ssa _____, la quale ha compiutamente valutato le problematiche di cui l'assicurato è portatore, basandosi sia sulla documentazione medica agli atti che su una visita clinica, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. Del resto, le valutazioni della dr.ssa _____ non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alle predette valutazioni mediche e entro la data della decisione contestata, ribadito come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). In effetti, parte della documentazione medica prodotta dal ricorrente era già agli atti e quella nuova non può mutare alle conclusioni sulla capacità medico-teorica dell'assicurato. L'assicurato si è in effetti limitato a produrre in fase di osservazioni al progetto di decisione due certificazioni di inabilità lavorativa del dr. _____, internista, del 9 novembre 2016 (quindi antecedente al rapporto SMR del 6 febbraio 2017) e

E. 27

giugno 2016 con ulteriori diversi riferimenti giurisprudenziali. Ritornando alla fattispecie concreta, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo TCA ritiene, da una parte che l'assicurato può mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro considerato che (nel momento determinate: inizio 2017) egli aveva ancora davanti a sé diversi anni prima del pensionamento, dall'altra parte che egli (ritenuta la possibilità di lavorare a tempo pieno) può svolgere attività semplici e ripetitive che non necessitano di formazione nè un'esperienza professionale diversificata, nè un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Visto

tutto quanto sopra esposto, non vi sono dunque motivi per scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione e, quindi, va confermata la reintegrabilità dell'insorgente senza la necessità di provvedimenti professionali. È dunque a ragione che l'Ufficio AI non ha riconosciuto il diritto a provvedimenti professionali. Sia osservato infine, con riferimento al fatto che l'assicurato sembri a tratti censurare il metodo di valutazione dell'invalidità utilizzato dall'Ufficio AI, ritenendosi "casalingo" e non salariato a tempo pieno, che l'amministrazione ha con pertinenza osservato come tale allegazione risulti pretestuosa alla luce della circostanza che egli risulta titolare di prestazioni assistenziali dal 2005. Da tale fatto l'Ufficio AI ha dedotto, non a torto, che il ricorrente, in assenza del danno alla salute, avrebbe avuto la necessità economica di lavorare. Occorre infine ancora osservare che anche volendo, per pura ipotesi di lavoro, considerare l'assicurato come casalingo, il rapporto SMR ha chiarito che nelle mansioni domestiche, che l'assicurato ha del resto affermato di eseguire completamente senza segnalare alcuna problematica particolare (cfr. doc. AI 24), non sono date inabilità di sorta, ragione per cui si può concludere, senza la necessità di effettuare un'inchiesta domiciliare, che il grado di invalidità sarebbe anche in quest'ambito con alta verosimiglianza inferiore alla soglia minima necessaria per riconoscere una rendita di invalidità. Ne consegue che, ribaditi quindi i suesposti periodi di inabilità lavorativa (dal mese di aprile 2016 al febbraio 2017), considerata dunque la ripresa dell'abilità lavorativa completa dal 6 febbraio 2017, l'assicurato non ha presentato, ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI (cfr. sopra consid. 2.3), un periodo ininterrotto di un anno con almeno il 40% di inabilità lavorativa in media e con un grado di invalidità di almeno il 40% alla scadenza dell'anno di attesa. Ne consegue che la decisione contestata va confermata, mentre il ricorso è da respingere. Va in ogni modo osservato che nella decisione impugnata l'amministrazione ha precisato di essere a disposizione qualora l'assicurato intendesse postulare l'attivazione del servizio di collocamento.

2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 fr. 200.-- e fr. 1'000.-- 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

2.10. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, le valutazioni medico-teoriche effettuate e la valutazione del consulente professionale hanno permesso di accertare con la dovuta chiarezza il grado d'invalidità e l'insorgente, anche se patrocinato da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in

dubbio tali valutazioni. Come visto sopra, nonostante non gli potesse sfuggire la necessità di contestare validamente le conclusioni a cui era giunto il SMR, l'insorgente in corso di procedura ricorsuale non ha prodotto documentazione medica idonea a contestarne e/o a rendere verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 5 aprile 2017. Come esposto, da un lato la certificazione della dr.ssa _____ figurava già negli atti della procedura amministrativa ed era già stata valutata dal SMR, dall'altro la certificazione del dr. _____, del 29 dicembre 2015, non ha apportato elementi tali da permettere conclusioni diverse da quelle tratte dall'amministrazione. In simili condizioni, l'istanza tendente all'esonero delle spese e tasse di giustizia e all'ammissione del gratuito patrocinio deve essere respinta.

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