

TI_GERICHTE 32.2019.160 vom 10. Juli 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-07-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.160

FR: TI_GERICHTE 32.2019.160 du 10 juillet 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.160 del 10 luglio 2019

Regeste

Dalla perizia pluridisciplinare cui è stato sottoposto l'ass. risulta una capacità lavorativa dell'80% in qualsiasi attività. Il ric. non ha prodotto documenti medici atti a mettere in dubbio le valutazioni dei periti. NO a provvedimenti d'integrazione essendo abile 80%, Sì a un aiuto al collocamento

Erwägungen

E. 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 TF 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, 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). 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). 2.3. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; 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, pagg. 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 (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. L'esperto deve poi esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, 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). Inoltre, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia.

Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" . Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF 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). (...)". Con DTF 130 V 352 la nostra Massima Istanza ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo , Le perizie nelle assicurazioni sociali, op. cit., pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, il Tribunale federale, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: " (...)

E. 4.2

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und

Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" . Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.4. Nel caso di specie, nel luglio 2017 l'assicurato ha chiesto all'Ufficio assicurazione invalidità di beneficiare di prestazioni a causa dei disturbi psichici che avevano reso impossibile svolgere un'attività lucrativa. Raccolta la documentazione medica presso i curanti, il dr. med. _____, specialista in psichiatria del Servizio Medico Regionale, ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato a una visita peritale psichiatrica e il dr. med. _____, anch'egli attivo presso l'SMR, a una visita peritale pluridisciplinare comprendente una valutazione endocrinologica e oftalmologica stante la diagnosi di diabete mellito insulinoindipendente. La perizia è stata allestita il 16 maggio 2019 (doc. 37), dopo che il Servizio Accertamento Medico ha avuto modo di visitare l'interessato il 28 gennaio 2019 per una valutazione internistica e fisiatrica peritale. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 2015 al settembre 2018, nel suo rapporto il SAM ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, i disturbi soggettivi

attuali, la descrizione della giornata e la terapia in corso (sia farmacologica sia psicologica e psichiatrica). Nelle constatazioni obiettive il perito ha descritto lo status, gli esiti degli esami di laboratorio effettuati il giorno della valutazione e degli esami radiologici e cardiologici eseguiti il 19 febbraio 2019 sempre dal Servizio Accertamento Medico. Sono poi stati riassunti i consulti specialistici, esposti di seguito. Dal profilo internistico, il perito del SAM che ha visitato l'assicurato il 28 gennaio 2019 ha affermato che le diagnosi di diabete mellito di tipo 2 ben controllato con monoterapia con insulina lenta, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, sovrappeso (BMI 27,7 kg/mq), sclerosi del miocardio inferobasale di natura indeterminata, iperferritinemia d'origine non chiara, lieve epatomegalia steatosica e tabagismo cronico, non limitavano la sua capacità lavorativa. È stato riconosciuto soltanto un periodo di inabilità lavorativa totale per alcuni mesi in primavera-estate 2018 nell'ambito della nuova diagnosi di diabete. L'assicurato è stato esaminato il 1° febbraio 2019 dal dr. med. _____, FMH in endocrinologia/diabetologia, che ha posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di diabete mellito di tipo 2, ben controllato, in monoterapia con dell'insulina lenta. Non v'erano segni per una polineuropatia diabetica. L'assicurato era idoneo alla guida di tipo professionale con la monoterapia, perciò nell'attività di autista di camion e in altre attività adeguate egli era abile al 100%, ma doveva sempre essere possibile un autocontrollo glicemico come anche una correzione di eventuali ipoglicemie con assunzione di zucchero o altri elementi. Era sempre indispensabile una dieta diabetica che non permettesse di trascurare i pasti principali e di conseguenza erano richiesti dei turni regolari di lavoro, senza turni notturni. Il dr. med. _____, specialista FMH in cardiologia, ha visitato l'interessato il 19 febbraio 2019 e ha posto una diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di diabete mellito di tipo 2 insulinoresistente, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sovrappeso e sclerosi del miocardio inferobasale di natura indeterminata. L'assicurato era asintomatico dal lato cardiaco. Oggettivamente è stata riscontrata una sclerosi del miocardio in sede inferiore, perciò è stato suggerito di completare le indagini con una MRI cardiaca. V'era una leggera ipertrofia ventricolare sinistra, ma non indizi di ischemia da sforzo. La leggera tachicardia si spiegava verosimilmente con il diabete, il sovrappeso e gli psicofarmaci. L'assicurato era completamente abile al lavoro senza limitazioni. Dal lato psichiatrico, il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha avuto due colloqui ciascuno di 45 minuti il 14 e il 28 febbraio 2019 e nel suo referto del 27 marzo 2019 ha esposto l'anamnesi, i disturbi soggettivi, la descrizione della giornata, la terapia psichiatrica e le constatazioni obiettive con lo status psichico secondo i criteri AMDP-System. Lo specialista ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2) e di disturbo di personalità misto (ICD-10: F61.0), valutando una prognosi a medio lungo termine non suscettibile di cambiamenti sostanziali, ritenendo molto importante proseguire la cura psichiatrica integrata (farmacoterapia e psicoterapia). Secondo lo psichiatra, il corteo sintomatologico interferiva parzialmente sulle performance lavorative, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza. Le limitate risorse di mentalizzazione, introspettive e psicologiche in generale, tendevano a cronicizzare il quadro clinico. Il perito ha ritenuto che la sintomatologia influiva sulle prestazioni lavorative in ragione del 20% e tale era l'incapacità lavorativa, da intendere come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata intera di lavoro. Dalla presa a carico nel giugno

2017 da parte dello psichiatra curante, momento in cui i sintomi erano più acuti, era verosimile che l'inabilità lavorativa fosse del 50%, mentre da gennaio 2018, grazie alle cure adeguate ricevute, si era consolidata un'inabilità del 20% che proseguiva tuttora. L'attività da ultimo svolta è stata ritenuta un'attività adeguata, esercitabile per un'intera giornata con riduzione del 20%. Infine, la dr.ssa med. _____, specialista FMH in oftalmologia, ha visitato l'assicurato il 22 febbraio 2019, non riscontrando segni obiettivi e funzionali che influenzavano la capacità lavorativa. La cataratta iniziale su entrambi gli occhi non aveva ripercussioni sulla capacità lavorativa, che era del 100%. Il Servizio Accertamento Medico, preso atto dei rapporti peritali suesposti, ha posto quale diagnosi avente influsso sulla capacità lavorativa del ricorrente soltanto quella di tipo psichiatrica, ovvero di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2) e di disturbo di personalità misto (ICD-10: F61.0). Le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa esposte dagli altri specialisti intervenuti completano il quadro diagnostico dell'assicurato. Le conclusioni peritali si sono fondate su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM, i quali hanno ravvisato una limitazione della capacità lavorativa unicamente dovuta alla patologia in ambito psichiatrico. Gli esperti hanno evidenziato che l'assicurato presentava una struttura di personalità fragile, con scarse risorse di mentalizzazione, ridotta tolleranza alle frustrazioni e tendenza a proiettare sugli altri. Queste caratteristiche configurerebbero un disturbo misto di personalità, di cui l'assicurato era scarsamente consapevole. Per quanto concerne la capacità lavorativa dell'assicurato, i periti hanno ripreso le conclusioni tratte dallo psichiatra dr. med. _____ (inabilità del 50% da giugno 2017 e del 20% da gennaio 2018, da intendere come riduzione del rendimento), a cui si aggiungono alcuni mesi di inabilità lavorativa totale in primavera-estate 2018 per la diagnosi di diabete mellito tipo 2, dopodiché l'assicurato era nuovamente abile all'80%. Il 21 maggio 2019 (doc. 39) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia attivo presso il Servizio Medico Regionale, ha ripreso le diagnosi poste dai periti del SAM come pure i gradi di capacità lavorativa sia nell'attività abituale di autista di autocarri sia in attività adeguate (50% dal 14 giugno 2017 e 80% dal 1° gennaio 2018 come riduzione del rendimento) non ponendo delle limitazioni di carico, né di necessità di alternanza della postura e di difficoltà nello svolgere lavori di precisione, ma indicando la necessità di pause supplementari, tuttavia già inclusa nella capacità medica. Per ulteriori limitazioni ha fatto riferimento al rapporto peritale. Il progetto di decisione che ne è scaturito il 3 giugno 2019 (doc. 41) negando una rendita di invalidità è stato contestato dall'assicurato, il quale ha osservato che le sue condizioni psico-fisiche erano molto compromesse, non essendo in grado di condurre una vita normale di fatiche e soddisfazioni, di iniziativa e di progettualità, di affetti come quando lavorava. La decisione che è seguita il 10 luglio 2019 ha confermato il rifiuto di una rendita, non avendo l'interessato apportato nuovi elementi rispetto a quanto già valutato dagli specialisti.

2.5. La scrivente Corte rileva che anche con il ricorso, e nel termine per produrre nuovi mezzi di prova, l'assicurato non ha prodotto nuovi certificati medici atti a inficiare le conclusioni dei periti. Egli si è limitato a ribadire il 30 ottobre 2019 (doc. XI) che la propria situazione era da ritenere totalmente invalidante e di non essere perciò d'accordo con le conclusioni tratte dall'amministrazione. È soltanto pendente causa, il 6 aprile 2020 (doc. XIII), che ha prodotto il rapporto del 4 febbraio 2020 (doc. B2) relativo alla valutazione neuropsicologica ambulatoriale a cui si è sottoposto il 13 gennaio 2020 presso il Servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____ a causa di un sospetto di ritardo cognitivo. Questo referto, a cui sono stati allegati i test effettuati, conclude che il profilo cognitivo del ricorrente denota un quoziente intellettuale di 74, che si situa formalmente al

limite inferiore della norma, rilevando che erano indebolite in particolare le scale di comprensione verbale (QI di 71) e di memoria di lavoro (QI di 75), che si situavano al limite inferiore della norma, mentre erano relativamente migliori e si collocavano nella fascia bassa della norma le scale di ragionamento visuo-percettivo (QI di 87) e di velocità di elaborazione (QI di 89). Su queste risultanze, come pure su quelle emerse dalla perizia pluridisciplinare, l'insorgente ha affermato di non essere in grado di reintegrarsi autonomamente nel mondo del lavoro, chiedendo perciò l'attribuzione di una rendita di invalidità o di misure professionali a sostegno della sua reintegrazione. Tuttavia, come rilevato dall'Ufficio assicurazione invalidità, si deve qui considerare che il ricorrente non ha saputo produrre dei documenti medici atti a mettere in dubbio le valutazioni degli specialisti che sono intervenuti ad inizio anno 2019 peritandolo in ambito internistico, endocrinologico, oftalmologico, cardiologico e psichiatrico. I referti di ciascun perito sono dettagliati, completi e chiari, si esprimono sia sulle sue patologie sia sugli effetti che esse hanno, se del caso, sulla sua capacità lavorativa. I periti hanno preso atto, confrontandosi con essi, dei certificati dei medici curanti che sono stati loro forniti, hanno valutato le condizioni di salute dell'assicurato effettuando un'accurata visita medica di persona e, laddove necessario, a mezzo di esami di laboratorio (sangue e urine), radiologici (ecografia addome) e cardiologici (ECG a riposo, prova da sforzo, ecocardiografia). In particolare, il perito psichiatra ha tenuto conto che, all'inizio della presa a carico specialistica da parte del dr. med. _____, la capacità lavorativa dell'assicurato era inferiore a quella che egli ha poi riscontrato al momento della sua valutazione, stante un miglioramento dovuto alla terapia farmacologica e psicoterapica impostata dallo psichiatra curante. Era perciò molto importante che l'interessato continuasse con la cura psichiatrica integrata per un tempo sufficientemente lungo e con una maggiore frequenza. La riduzione del rendimento del 20% era data dalla sindrome mista ansioso-depressiva e dal disturbo di personalità misto, che interferivano sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza. Questa analisi non è stata contraddetta dal ricorrente sulla base di certificati medici, ma solo adducendo motivi di carattere soggettivo. Tuttavia, un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione medica dei periti non è sufficiente per contrastare le conclusioni che dal 1° gennaio 2018 egli risulta abile all'80% come autista di camion e in altre attività adeguate. Occorre infatti evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; STCA 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013

confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Da quanto precede discende che anche le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto finale del 21 maggio 2019, che riprendono le considerazioni dei periti del SAM, sono convincenti e vanno perciò fatte proprie da questo Tribunale, non essendo state sufficientemente contestate dal ricorrente, che non ha suffragato la sua tesi con dei validi certificati medici che attestano una situazione clinica peggiore, ma che si è limitato ad osservare come il suo stato psicofisico gli impedisca di svolgere una qualsiasi attività lavorativa. In presenza di queste chiare e dettagliate spiegazioni, il TCA si allinea con serenità alle conclusioni tratte dai periti del SAM e dallo psichiatra del Servizio Medico Regionale, i quali hanno dunque esaminato attentamente le condizioni di salute dell'assicurato sia dal profilo somatico sia psichico, vagliandone l'anamnesi, tenendo conto dei dati soggettivi e dei riscontri oggettivi emersi dagli esami clinici e dalla documentazione medica raccolta e si sono ben confrontati con i pareri dei medici curanti agli atti. Da quanto precede discende che non è comprovata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal perito psichiatra dr. med. _____, che è stata confermata dal dr. med. _____ dell'SMR. Il perito ha stabilito che dal giugno 2017 l'abilità lavorativa dell'assicurato dal profilo psichiatrico era del 50% stante una riduzione del rendimento del 50%, mentre dal gennaio 2018 era dell'80% (riduzione del 20% del rendimento) in considerazione dell'avvenuto miglioramento dovuto alla terapia integrata attuata dallo psichiatra curante. Quanto ai limiti funzionali presenti dal profilo somatico, si doveva tenere conto della necessità che l'assicurato potesse effettuare un autocontrollo glicemico in qualsiasi momento, come anche la correzione di eventuali ipoglicemie con assunzione di zucchero o altri elementi. Considerata la necessità di assumere i pasti principali nell'ambito dell'indispensabile dieta diabetica, non era possibile per il ricorrente lavorare in turni notturni, ma erano esigibili unicamente dei turni di lavoro regolari. Di conseguenza, una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato di carattere psichiatrico, così come da esso richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). I gradi di inabilità lavorativa determinati dai periti del Servizio Accertamento Medico e fatti propri dal Servizio Medico Regionale dal dr. med. _____, specialista in psichiatria, vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di autista di camion quanto in attività adeguate, fra cui quella di autista di camion. Non è data un'incapacità lavorativa maggiore. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR,

visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente. Quanto al rapporto del 4 febbraio 2020 inerente la valutazione neuropsicologica effettuata il 13 gennaio 2020, la scrivente Corte evidenzia, come correttamente fatto dall'Ufficio assicurazione invalidità, che è posteriore alla decisione impugnata, perciò il suo contenuto non può essere posto alla base del presente giudizio, a meno che esso riferisca di una situazione antecedente alla decisione contro cui l'assicurato ha ricorso. Infatti, conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (STF 9C_443/2009 del 19 agosto 2009, consid. 2.2; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi nel luglio 2019. Il test neuropsicologico è stato effettuato sei mesi dopo il momento in cui il TCA si deve porre per valutare lo stato di salute del ricorrente e, peraltro, riferisce che " Il quadro cognitivo evidenziato, tramite la somministrazione di una batteria di test standardizzata e l'indagine clinica (cf. colloquio), appare compatibile con la situazione attuale in cui si trova il sig. RI 1 " (doc. B2 p. 1). Tale documento non può dunque essere preso in considerazione ai fini del presente giudizio, che valuta lo stato di salute del ricorrente dall'insorgenza del danno alla salute (giugno 2017) fino all'emanazione della decisione impugnata (luglio 2019). Nemmeno è di aiuto all'insorgente l'istituzione a suo favore di una curatela di rappresentanza con amministrazione dei beni e di una curatela di cooperazione, considerato, in particolare, come la decisione presa il 20 novembre 2019 (doc. B1) dalla Autorità regionale di protezione _____ si basi su fatti ed eventi insorti da fine ottobre 2019 in poi e quindi, anche in tal caso, su un periodo posteriore a quello determinante per il TCA.

2.6. In queste circostanze, questo Tribunale non può dunque che confermare la decisione dell'Ufficio AI di negare al ricorrente una rendita di invalidità stante una capacità lavorativa residua dell'80% in qualsiasi attività. Dal calcolo della perdita di guadagno effettuato dal consulente in integrazione professionale (doc. 38) risulta che l'assicurato ha un minore discapito economico continuando a svolgere l'attività di autista di camion (grado AI del 20%) rispetto ad effettuare delle attività adeguate semplici e ripetitive (grado AI del 27%).

2.7. Va da ultimo rilevato che la decisione del 10 luglio 2019 ha indicato che non erano proposti provvedimenti di integrazione, mentre erano assolte le condizioni per l'aiuto al collocamento. In concreto, pur essendo il grado d'invalidità del ricorrente (20%) uguale alla soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale, che è del 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b), la decisione con cui l'Ufficio AI non ha proposto dei provvedimenti di integrazione professionale, ma si è messo a disposizione per un aiuto al collocamento, merita conferma. Con sentenza 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...)

E. 6

(...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni espone nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr.

per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento.". Nel caso di specie una riqualfica professionale del ricorrente non entra in considerazione (STCA 32.2017.63 del 6 novembre 2017; STCA 32.2016.137 del 23 maggio 2017; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2011.143 del 21 novembre 2011). Infatti, il consulente in integrazione professionale, esperto in materia, ha affermato il 29 maggio 2019 (doc. 40) che l'assicurato presentava una capacità lavorativa dell'80% in tutte le attività, compresa la sua abituale di autista di camion, attività che a quel momento non poteva però essere esercitata poiché l'interessato aveva spontaneamente depositato la patente professionale. In altre attività adeguate, secondo il consulente l'assicurato avrebbe potuto valorizzare la sua capacità lavorativa svolgendo lavori in vari settori professionali quali trasportatore di persone invalide o bisognose - attività peraltro già esercitata nel periodo di disoccupazione -, rappresentante, magazziniere. In conclusione, l'assicurato presentava le condizioni unicamente per un aiuto al collocamento. È in effetti sempre aperta per l'assicurato la possibilità di far capo ad un aiuto al collocamento sulla base dell'art. 18 LAI per trovare un'attività confacente al suo stato di salute, segnatamente qualora il danno alla salute sia d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011; cfr. anche Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in: RDAT I 2003 pag. 595). Dagli atti risulta che posteriormente alla decisione di rifiuto della rendita, il 18 luglio 2019 (doc. 47) l'Ufficio assicurazione invalidità ha subito contattato l'assicurato chiedendo di mettersi in contatto telefonicamente con una sua consulente in integrazione professionale. Dal rapporto di chiusura del mandato di aiuto al collocamento redatto il 23 luglio 2019 (doc. 48) risulta quanto segue: " In data odierna contatto telefonicamente l'Assicurato per discutere con lui il suo possibile interesse verso il nostro Servizio di Aiuto al collocamento. L'Assicurato ha infatti inoltrato "Osservazioni a progetto" (...), a sua volta però confermato. Gli chiedo quindi le sue intenzioni, e se fosse interessato a proseguire con l'Aiuto al collocamento che può offrire l'AI. L'Assicurato mi dice che al momento non gli interessa, in quanto (con il suo psichiatra) manderà avanti un ricorso. Per questo motivo un Aiuto al collocamento risulta poco idoneo. Ritengo conclusa la lavorazione della pratica e procedo quindi in data odierna alla chiusura del mandato di collocamento". Qualora mostrasse nuovamente un interesse ad essere aiutato per trovare un lavoro idoneo alle sue condizioni di salute, spetterà dunque al ricorrente, se del caso, attivarsi in questo senso e contattare l'Ufficio AI - e per esso un consulente in integrazione professionale (STCA 32.2017.63 del 6 novembre 2017; STCA 32.2016.137 del 23 maggio 2017; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.141 e 143 del 21 novembre 2011). 2.8. Stante quanto precede, la pretesa dell'insorgente di versargli una rendita intera di invalidità rispettivamente di annullare la decisione impugnata e di rinviare gli atti all'amministrazione per approfondire l'aspetto medico non può essere accolta. Inoltre, nella misura in cui l'Ufficio AI ha rifiutato il riconoscimento (anche) di provvedimenti d'integrazione, la decisione impugnata merita conferma (STCA 32.2017.63 del 6 novembre 2017; STCA 32.2016.137 del 23 maggio 2017; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e 32.2011.141 del 21 novembre 2011) e il ricorso va respinto anche su questo punto. 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, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico del ricorrente.

2.10. Quest'ultimo ha dapprima chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio dell'avv. _____ che l'ha assistito nell'inoltro di tale istanza (doc. VII), poi per il tramite della sua curatrice poiché percepisce unicamente delle prestazioni assistenziali (doc. XIII). Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". 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). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, non va dimenticato che il ricorrente non ha prodotto alcun referto medico atto a sovvertire le chiare e complete conclusioni tratte dai periti del Servizio Accertamento Medico, che hanno valutato nel dettaglio e compiutamente le sue condizioni di salute. Di fronte a lamentele di carattere soggettivo, il TCA ha confermato le conclusioni tratte dai periti nominati dall'Ufficio assicurazione invalidità, che hanno dato atto di una capacità lavorativa sostanzialmente diversa da quella pretesa dai curanti dell'assicurato prima che egli fosse valutato dagli

specialisti. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria deve essere così respinta.

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