

TI_GERICHTE 32.2021.31 vom 4. Februar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-02-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.31

FR: TI_GERICHTE 32.2021.31 du 4 février 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.31 del 4 febbraio 2021

Regeste

Conferma della non entrata nel merito della nuova domanda di una rendita AI. Assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio negata

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate).

Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

nel merito

Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46).

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA).

Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; cfr. anche 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362).

I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria rimasti invariati rispetto al vecchio diritto sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti).

Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio.

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 al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251).

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 accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c).

Inoltre, quando le prospettive di successo e 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 (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b).

Nel caso concreto, visti i chiari principi che risultano dalla giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta Ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, ritenuto che, come spiegato in precedenza, il ricorrente non ha prodotto alcun certificato medico atto a comprovare un peggioramento del suo stato di salute con incidenza sul grado d'invalidità rispetto a quanto stabilito nella precedente procedura e ritenuto al contrario come dalla documentazione medica allegata emerge semmai una stabilità dello stato valetudinario del ricorrente, doveva apparire evidente 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.

E. 7

gennaio 2021, e meglio la RM colonna per midollo nativa e con mdc, con lo scopo di confronto con gli esami precedenti dell'ottobre 2017 e del febbraio 2020, trae le seguenti conclusioni: " pregresso intervento C4-C5 con stabile mielomalacia. Non altre alterazioni midollari " (pag. 576-577 incarto AI). Il dr. med. _____, _____, nella descrizione del referto ha affermato: " (...) A livello cervicale quadro stabile. Nello specifico: Livello C3-C4 stabile lieve spondilosi posteriore a destra ed artrosi uncovertebrale all'origine di un lieve restringimento dal forame destro senza segni compressivi. Marcata artrosi faccettaria asimmetrica, prevalente a destra. Livello C4-C5 placca introdotta anteriormente. Stabile focale mielo malacia destra all'altezza di C4 senza presa di contrasto. Livello C5-C6 spazio ridotto. Spondilosi posteriore con moderata oblitterazione dello spazio subaracnoideo, senza compressioni midollari. Livello C6-C7 spazio lievemente ridotto. Ernia discale mediana e paramediana con discreta oblitterazione dello spazio subaracnoideo senza compressioni midollari. Non alterazioni di segnale del midollo. A livello dorsale invariato l'avvallamento della limitante superiore di D6 con piccola ernia intraspongiosa non francamente edematosa. Sostanzialmente invariata la piccola protrusione discale a livello D8-D9, mediana- paramediana destra. Non compressioni midollari o conflitti radicolari. Regolare intensità di segnale del midollo spinale con cono che termina regolarmente a livello D12-L1. Non stenosi del canale spinale. Non chiari segni di mielomalacia" (pag. 576-577 incarto AI) Il 27 gennaio 2021 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) - La RM spinale completa ha permesso di escludere la presenza di nuove lesioni; - La nota lesione a livello C4-C5 è stabile ; - La collega _____ ha sottolineato all'assicurato l'importanza di controllare il peso poiché questo influisce negativamente sulla sua postura e a livello cervico-dorso-lombare. A questo proposito, si ricorda che l'assicurato ha l'obbligo di

ridurre il danno . Se ne conclude che non sono presenti nuovi elementi che permettono di entrare nel merito della nuova domanda di prestazioni.” (pag. 579 incarto AI) Pendente causa, su richiesta del TCA, l’insorgente ha prodotto il referto del 18 novembre 2020 del dr. med. _____, medico generico FMH (doc. IX/B), citato nel ricorso. Il curante, ha descritto i sintomi di cui soffre il ricorrente: “ la propriocezione, la sensibilità con problemi di equilibrio e della percezione dei gesti fini a cui si associa un limitante tremore nell’arto superiore sinistro e, raramente di quella dell’arto superiore destro. Cito pure l’anomia evidenziata durante la visita rinologica ”. Per il curante si tratta di disturbi molto particolari che vanno a penalizzare proprio la professione esercitata dall’assicurato, ossia il cuoco e lo chef di cucina. Egli ritiene che per un assicurato nato nel 1964, dati i sintomi neurologici descritti, non sarebbe possibile trovare un’altra attività. Il curante ritiene necessaria una valutazione peritale. 2.7. In concreto, occorre innanzitutto rammentare che, determinante per stabilire se vi è stato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente tale da incidere sulla sua capacità lavorativa, è lo stato valetudinario presente al momento dell’emissione della decisione del 26 marzo 2019. A questo proposito va inoltre tenuto conto del fatto che tra la nuova domanda del 30 settembre 2020 e la citata decisione, è passato poco tempo e l’Alta Corte ha già avuto modo di precisare che l’amministrazione deve prendere in considerazione il tempo trascorso dall’ultima decisione, giacché più l’ultimo provvedimento è recente, maggiori sono le esigenze da porre per ritenere verosimile il peggioramento (sentenza I 619/06 del 10 febbraio 2005) . Nel caso di specie, secondo questo Tribunale, l’Ufficio AI a ragione non è entrato nel merito della domanda. Infatti l’assicurato, chiamato a dimostrare che rispetto all’ultima decisione del 26 marzo 2019, vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una modifica della sua situazione valetudinaria con incidenza sulla sua capacità lavorativa in attività adatta. Se è vero che la curante, dr.ssa med. _____, specialista in neurologia, nei suoi referti, insiste nel sostenere che l’insorgente è completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività a causa della mielopatia e delle altre patologie, d’altra parte, come rileva correttamente il medico SMR, dr. med. _____, dalla nuova documentazione medica prodotta dall’insorgente emerge una stabilità dello stato di salute rispetto a quanto stabilito nell’ambito della precedente procedura e non è stato oggettivato un peggioramento della situazione valetudinaria del ricorrente tale da incidere sulla sua capacità lavorativa. La stessa dr.ssa med. _____ indica, con riferimento alla RM cervicale con Mdc del 27 febbraio 2020, uno stato di salute stabile rispetto all’esame dell’8 febbraio 2016 (pag. 543 incarto AI: “ esiti da pregresso intervento a livello C4-C5 con mielomalacia residua e stabile a livello C4 rispetto all’esame precedente del 08.02.2016 ”), antecedente alla perizia del _____ del 28 luglio 2017 (pag. 226 e seguenti incarto AI) che è stata posta a fondamento della precedente decisione di reiezione della domanda di prestazioni. Con riferimento alla valutazione neuropsicologica del 3 giugno 2020 la stessa specialista conclude per un profilo cognitivo globalmente nella norma, adeguate capacità di memoria, buone capacità attentive ed esecutive, buona fluenza verbale, nella norma le abilità visuo-costruttive e segnala unicamente una ridotta flessibilità cognitiva (pag. 544 incarto AI). Il successivo esame radiologico del 7 gennaio 2021 che è stato confrontato con i precedenti esami dell’ottobre 2017 e del febbraio 2020, ha anch’esso confermato la perfetta stabilità dello stato di salute del ricorrente ed ha escluso la presenza di nuove lesioni (pag. 576-577 incarto AI: “ pregresso intervento con stabile mielomalacia. Non altre alterazioni midollari ”). Dalla RM della colonna per midollo nativa e con MDC risulta un quadro stabile a livello cervicale (pag. 576 incarto AI: “[...] A livello cervicale quadro stabile [...]

Livello C3-C4 stabile lieve spondilosi posteriore a destra [...] livello C4-C5 [...] stabile focale mielo malacia destra all'altezza di C4 [...] “) e a livello dorsale invariato l'avvallamento della limitante superiore di D6, sostanzialmente invariata la piccola protrusione discale e livello D8-D9 (pag. 576-577 incarto AI). Altre patologie citate dalla dr.ssa med. _____ non risultano aver subito un peggioramento con influenza sulla capacità lavorativa del ricorrente (cfr. consid. 2.6; cfr. ad esempio il referto del 24 giugno 2020, pag. 543 e seguenti incarto AI). Né può essere d'aiuto il certificato del 18 luglio 2019 del dr. med. _____, medico generico FMH, che si è limitato ad elencare le già note patologie di cui è affetto il ricorrente (pag. 547 incarto AI). Quanto al referto del 18 novembre 2020 del curante, il quale ha affermato che l'interessato presenta “propriocezione, la sensibilità con problemi di equilibrio e della percezione dei gesti fini a cui si associa un limitante tremore nell'arto superiore sinistro e, raramente di quella dell'arto superiore destro. Cito pure l'anosmia evidenziata durante la visita rinologica”, va rilevato come tali patologie erano già state prese in considerazione nell'ambito della precedente procedura e non emerge un loro peggioramento con incidenza sul suo stato di salute. Infatti, il dr. med. _____, specialista in neurologia FMH, nel suo consulto del 25 maggio 2017, aveva già tenuto conto del fatto che l'assicurato riferiva di avere avuto “disturbi di sensibilità al piede sinistro che si sono progressivamente estesi a tutta la gamba e nel giro di due giorni fino alla regione pettorale e al braccio sinistro, vi erano pure disturbi dell'equilibrio” e che in seguito ad un intervento decompressivo cervicale nel 2016 i disturbi di sensibilità all'emicorpo sinistro (braccio, tronco e gamba) hanno assunto caratteristiche diverse: avverte soprattutto parestesie, vi è un disturbo della percezione della temperatura e a volte una certa iperestesia con bruciori (pag. 270 – 275 incarto AI). Nello stato neurologico lo specialista aveva pure accertato un “olfatto oggettivamente diminuito” (pag. 272 incarto AI). In queste condizioni, secondo il TCA, tramite i certificati medici prodotti nell'ambito della nuova procedura, considerato inoltre il poco tempo trascorso rispetto all'ultima decisione, l'interessato non ha reso verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, e meglio che è subentrato un rilevante cambiamento dello stato di salute rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato tale da influire sulla perdita di guadagno. Va poi ribadito che neppure il medico SMR, dr. med. _____, chiamato a valutare i certificati prodotti dal ricorrente, ha ritenuto sufficienti le affermazioni dei medici che hanno avuto in cura l'assicurato. A questo riguardo va ricordato 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-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Alla luce di quanto sopra questo Tribunale ritiene che non sia stato reso verosimile un peggioramento dello stato di salute con

influenza rilevante sulla capacità lavorativa del ricorrente rispetto alla situazione esistente il 26 marzo 2019. Ne segue che la richiesta dell'allestimento di una " perizia globale neutra " (doc. I) va respinta. Infatti, se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione di non entrare in materia, il giudice esamina solo se a buon diritto l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia. Se invece – ciò che non corrisponde al caso in esame – essa ha accettato di esaminare la nuova richiesta, il giudice non si pronuncia sulla questione dell'entrata in materia, ma esamina materialmente se la modifica delle circostanze resa attendibile dall'assicurato è effettivamente avvenuta (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 p. 269 consid. 1a). Va qui rammentato che 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: 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. Infine, va ancora rilevato che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 144 V 210 consid. 4.3.1 con riferimenti, citata nella sentenza 8C_435/2020 del 23 ottobre 2020, consid. 4.4). Il ricorrente ha, se del caso, la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica, motivata, approfondita ed indicante precisamente il grado d'incapacità lavorativa, relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado d'inabilità. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1f bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. 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'insorgente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio dell'avv. RA 1. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio. 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, rinunciarebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251). 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 accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e 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 (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Nel caso concreto, visti i chiari principi che risultano dalla giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta Ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, ritenuto che, come spiegato in precedenza, il ricorrente non ha prodotto alcun certificato medico atto a comprovare un peggioramento del suo stato di salute con incidenza sul grado d'invalidità rispetto a quanto stabilito nella precedente procedura e ritenuto al contrario come dalla documentazione medica allegata emerge semmai una stabilità dello stato valetudinario del ricorrente, doveva apparire evidente 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. Facendo quindi difetto anche solo uno dei presupposti necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, la richiesta va respinta.

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