

TI_GERICHTE 32.2007.281 vom 4. Juli 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-07-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.281

FR: TI_GERICHTE 32.2007.281 du 4 juillet 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.281 del 4 luglio 2007

Regeste

UAI ha a giusta ragione negato all'assicurato il diritto a prestazioni, essendo egli ancora abile al lavoro al 100% in attività adeguate - come stabilito dal perito reumatologo incaricato dall'UAI - e risultando dal raffronto dei redditi un grado di invalidità inferiore al 40%

Erwägungen

E. 5

Pregressa epatite stadio C, stato dopo terapia da Interferone nel 1997

E. 6

Pregressa tossicodipendenza da eroina e cocaina dal 1988 al 1992 Il signor RI 1, noto per le diagnosi sopraelencate, dal mese di febbraio-marzo 2007 ha presentato un peggioramento del quadro clinico con dolori lombari recidivanti irradianti all'arto inferiore sinistro con disturbi sensitivi all'arto inferiore sinistro e comparsa il 10.2.2007 di un lieve deficit motorio per quanto riguarda la flessione plantare del piede. Il paziente era stato rivisto dai colleghi della neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____ ed in seguito dal dr. _____ che hanno proposto di continuare il trattamento conservativo. A mio avviso per un lavoro ergonomicamente idoneo alla patologia della schiena è inabile al lavoro nel seguente modo: per i lavori di giardinaggio inabile al 100%, pulizia della casa, alimentazione (cucinare, rassettare, ...), spesa e bucato inabile la 50%. È presente un'impossibilità a stare seduto o in piedi per un periodo prolungato. I problemi al ginocchio destro limitano il paziente nel salire e scendere le scale. Da segnalare inoltre un peggioramento psichico con diminuzione dell'umore, disturbi del sonno e pensieri negativi, quadro clinico che ha necessitato l'introduzione di una terapia antidepressiva. Nel 2000 il paziente era stato ricoverato alla Clinica _____ per una depressione." (Doc. B) L'assicurato ha pure prodotto i seguenti referti: - certificato del 15 febbraio 2007 del dr. _____, Viceprimario del Servizio cantonale di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, indirizzato alla dr.ssa _____, del seguente tenore: " Le riferiamo a proposito di questo paziente che abbiamo esaminato nel nostro ambulatorio in data 14.2.2007 per valutazione neurochirurgica. Non ritorneremo sull'anamnesi né sui risultati delle valutazioni precedenti, limitandoci a ricordare che questo paziente ex-tossicodipendente da eroina-cocaina (fino al 1992) e trattato dal 1997 con Interferone per un'epatite C, è noto al nostro servizio per un precedente consulto avuto nel settembre 2004 in merito ad un'insufficienza segmentaria associata ad una radicolopatia S1 sinistra in remissione. Proprio in considerazione della remissione della sintomatologia algica radicolare era stato allora proposto un trattamento conservativo. Rivediamo in data odierna il paziente per una riaccertazione dal giorno 10.2.2007 della radicolopatia S1 sinistra, che a dire del paziente proprio completamente non era mai scomparsa. Il paziente riferisce da

quel giorno una difficoltà nell'utilizzo del pedale della frizione dell'auto. L'esame obiettivo neurologico documenta una deambulazione possibile delle 3 modalità. Stazione eretta possibile anche sulle punte del piede sinistro. Lasègue positivo a sinistra a 60° con blocco. Lasègue incrociato a 45° con blocco a 60°. Paresi M4++ della dorsiflessione dell'alluce sinistro. Ipoestesia tattile in territorio S1 a sinistra con ipoestesia anche al versante dorsale dell'alluce omolaterale (L5). Non alterazione dei riflessi osteotendinei agli arti inferiori. Babinski non evocabile. Non riferiti deficit sfinterici. In assenza di una diagnostica per immagini recente, riteniamo utile una risonanza magnetica della colonna lombosacrale, alla luce della quale potremo proporre il trattamento più indicato (trattamento conservativo vs. sequestrectomia L5/S1 vs. stabilizzazione lombosacrale)." (Doc. Xbis) - certificato del 27 marzo 2007 del dr. _____, spec. FMH in neurologia, indirizzato alla dr.ssa _____, in cui si legge: " Ricordo brevemente di avere visto il paziente già in una prima occasione 3 anni or sono nell'ambito di una voluminosa ernia discale L5-S1 paramediana sinistra e lussata in sede caudale con segni clinici ai tempi di un interessamento non solo della radice S1 ma anche L5 a sinistra. Una consulenza neurochirurgica alla _____ di _____, come anche presso la neurochirurgia a _____, aveva escluso una indicazione operatoria e consigliato un trattamento conservativo. Nel corso degli anni lombosciatalgia sinistra ad andamento intermittente, più o meno presenti, negli ultimi mesi graduale aumento della sintomatologia algica con dolore sia lombare che irradiato verso l'arto inferiore sinistro in sede posteriore fino alla pianta del piede, associato a parestesie sulla parte laterale della gamba e del piede sinistro. In una occasione il paziente avrebbe notato anche durante la guida dell'autovettura un deficit di forza al piede sinistro, questo deficit scenico non si sarebbe più ripetuto. Il paziente non avrebbe avuto un beneficio con la fisioterapia ambulatoriale, assume Ponstan 500 mg al bisogno, nell'ultimo mese in pratica 1-2 volte al giorno. Anche un trattamento con agopuntura non avrebbe portato a benefici. Una nuova consulenza neurochirurgica a _____ sembra abbia evidenziato segni clinici sia per una radicolopatia S1 che L5 a sinistra, viene consigliato di ripetere la MRI. Quest'ultima venne effettuata il 9.3.2007 ed evidenzia una progressione dell'ernia discale L5-S1 con conflitto con la radice S1 a sinistra, una modica protrusione L4-L5 e segni indiretti per instabilità L5-S1. (...) Valutazione: Dal punto di vista clinico vi sono sempre lievi segni per una compressione della radice S1 a sinistra con ipoestesia nel territorio corrispondente, lieve asimmetria del riflesso achilleo sinistra < destra (comunque ancora ben evocabile anche a sinistra), lievi segni per un danno neurogeno cronico nei muscoli innervati dalla radice S1 a sinistra. Inoltre il paziente riferisce una ipoestesia sul dorso del I dito del piede sinistro, territorio più corrispondente a L5. Attualmente non ho riscontrato nessun deficit di forza agli arti inferiori e particolarmente della muscolatura innervata dalla radice S1 a sinistra. In tal senso non vedo una indicazione chirurgica, per la persistenza della sintomatologia algica ho proposto al paziente di effettuare una infiltrazione mirata della radice S1 a sinistra. Il paziente vorrebbe ancora riflettere su questa possibilità e su dove eventualmente effettuarla. Ti farò sapere." (Doc. Xbis/1) - referto del 9 marzo 2007 inerente l'esame di RM-colonna lombare, che giunge alle seguenti conclusioni: " - lastre precedenti non disponibili. In confronto con il referto di settembre 2004 sembra esserci una progressione dell'erniazione discale anzi la compressione e il conflitto neurodiscale soprattutto con la radice S1 sinistra appare limitata sussiste un appiattimento del versante anteriore di questa radice rispetto al lato opposto - inoltre segni indiretti per instabilità a livello L5-S1." (Doc. Xbis/2) Al riguardo, nelle sue annotazioni del 18 settembre 2007, il medico del SMR dr. _____, spec. FMH in

medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13) , ha osservato: " Vedi nota riassuntiva SMR 13.06.2007 in fase di osservazione Perizia dr. _____ del 6.2.2007: Diagnosi: Sindrome cervicovertebrale subacuta e sindrome lomboradicolare irritativa S1 cronica a sinistra in: - ernia discale L5/S1, lussata a contatto con la radice S1 a sinistra (risonanza magnetica lombare del 26.3.2004), - disturbi statici del rachide (accentuazione della cifosi dorsale nella parte craniale, della lordosi lombare terminale, minima scoliosi destroconvessa lombare compensata), - decondizionamento muscolare Sindrome femoropatellare a destra Decisione UAI del 4.7.2007: nessun diritto a rendita in presenza di grado AI del 15% Ricorso: viene presentato un rapporto della dr.ssa _____ del 13.8.2007 nel quale viene attestato un peggioramento dello stato di salute dal 10.2.2007 (insorgere di lieve deficit motorio per quanto riguarda la flessione plantare). Viene pure indicato un peggioramento dello stato psichico. Da notare che nella lettera del 8.6.2007 non veniva menzionata una problematica psichiatrica. Attualmente presenta ulteriore documentazione specialistica richiesta: rapporto servizio di neurochirurgia di _____ del 15.2.2007: - precedente consulto nel 2004 per insufficienza segmentaria associata a radicolopatia S1 a sinistra - riaccentuazione dal giorno 10.2.2007 della radicolopatia a sinistra - viene ritenuto indicato procedere a nuovo esame RM RM colonna lombare del 9.3.2007: possibile progressione rispetto a 9.2004 (non presenti lastre di confronto) con conflitto con la radice S1 sinistra, segni indiretti per instabilità a livello L5/S1 rapporto dr. _____ del 27.3.2007: dal punto di vista clinico vi sono sempre lievi segni per una compressione della radice S1 a sinistra con ipoestesia nel territorio corrispondente, lieve asimmetria del riflesso achilleo sinistra < destra. Attualmente nessun deficit di forza agli arti inferiori. Non indicazione attuale ad intervento chirurgico, eventualmente indicata infiltrazione radice S1 a sinistra Valutazione: dalla documentazione risulta esservi stata una accentuazione della problematica lomboradicolare a partire dal 10.2.2007, ossia 4 giorni dopo la perizia del dr. _____. Al controllo del 27.3.2007 risulta però esservi stata una evoluzione favorevole; in particolare non vi era più nessun deficit di forza a livello degli arti inferiori. Come già indicato dal dr. _____ nel suo rapporto del 24.1.2005 l'assicurato presenta disturbi intermittenti, lo stato allora riscontrato risulta in pratica sovrapponibile a quello riscontrato in occasione della visita del 27.3.2007. Nel 2005 il dr. _____ aveva ritenuto quali limiti funzionali il non dovere alzare pesi superiori ai 15 kg, ossia solo attività leggere. Questa valutazione concorda con quella espressa dal dr. _____ in occasione della sua perizia del 2007. Per quanto concerne il referto radiologico va precisato che già in passato vi era un conflitto con la radice S1 (nel EMG del 27.3.2007 viene espressamente esclusa una sofferenza muscolare, fatto che parla contro una persistente rilevante compressione), pure già documentata in passato una insufficienza segmentaria. Conclusione : l'attuale documentazione non permette di oggettivare una modifica prolungata dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista neurologico/reumatologico. Per quanto concerne il lato psichiatrico non risulta documentata una problematica maggiore prolungata." (Doc. VIII/1) Con referto del 18 ottobre 2007 indirizzato al patrocinatore dell'interessato, la dr.ssa _____ ha ancora attestato: " Il signor RI 1, in seguito ad una caduta dalle scale il 15.9.2007, ha presentato un peggioramento del quadro clinico con accentuazione dei dolori lombari irradianti all'arto inferiore sinistro e clinicamente, oltre alla nota limitazione della mobilità della colonna e ai noti deficits sensitivi in corrispondenza del dermatoma S1 e in parte L5 a sinistra, ho evidenziato un lieve deficit motorio per quanto riguarda la dorsiflessione dell'alluce sinistro. Ho quindi previsto una visita specialistica da parte del dr.

_____ (appuntamento il 22.10.2007) per definire l'ulteriore procedere diagnostico e terapeutico." (Doc. D) Nel referto del 25 ottobre 2007 indirizzato alla dr.ssa _____, il dr. _____, spec. FMH in neurologia, ha indicato: " Come ben sai, il 15.9.2007 il paziente inciampa in avanti sugli scalini di casa con in seguito accentuazione dei dolori lombari, ma anche delle irradiazioni all'arto inferiore sinistro. Da allora, la sintomatologia algica sarebbe solo poco migliorata, con dolore e parestesie sempre lungo la coscia posteriore, la gamba latero-posteriore fino al piede, viene riferito anche che a volte il piede sinistro cedrebbe. Il paziente farebbe fatica a guidare l'automobile per problema nello schiacciare la frizione. Al tuo stato clinico hai riscontrato anche un deficit alla dorsiflessione dell'alluce sinistro. Ogni tanto il paziente avrebbe qualche perdita di gocce d'urina. All'attuale stato clinico degli arti inferiori è sempre evidente una ipoestesia nel territorio della radice S1 a sinistra come anche a livello del dorso del I dito del piede sinistro, il riflesso achilleo si presenta sempre asimmetrico, sinistra < destra, comunque anche a sinistra evocabile senza manovre di facilitazione, è difficile valutare la forza al piede sinistro ma potrebbe esserci effettivamente una lieve paresi dei flessori delle dita e dell'estensore lungo dell'alluce sinistro. Ho effettuato ancora una breve valutazione EMG dei muscoli gemello mediale sinistro ed estensore lungo dell'alluce sinistro, riscontrando sempre segni di una sofferenza neurogena cronica in assenza di una sofferenza neurogena acuta. Il paziente stesso riferisce che il deficit di forza al piede sinistro non sarebbe costante, ma solo ogni tanto presente. Tenendo anche conto dell'assenza di segni di un danno neurogeno acuto nei muscoli esaminati tramite EMG non ho visto un'attuale indicazione a ripetere una MRI lombare. Ho discusso con il paziente in questi termini e abbiamo deciso che egli contatterà direttamente il dr. _____ per prendere in considerazione un trattamento con radiofrequenze." (Doc. E) 2.9. 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 TFA 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, Berna 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 il 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). 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). 2.10. Dopo attento esame della fattispecie,

questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal dr. _____, che soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico abbia pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.9.) e può quindi validamente servire da base al presente giudizio. Nel suo referto peritale, infatti, il dr. _____ ha debitamente tenuto conto delle affezioni invalidanti di cui l'assicurato è affetto, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa del 100%, dal mese di dicembre 2003, in attività commerciali e in altre attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (doc. 34-5). Tali conclusioni sono poi state condivise dai medici del SMR, i quali hanno considerato che i certificati medici della curante, dr.ssa _____, non fossero in grado di smentire quanto appurato in sede peritale dal dr. _____. Nelle sue annotazioni del 13 giugno 2007, il dr. _____ del SMR ha ritenuto la perizia del dr. _____ " esauriente dal punto di vista anamnestico ed oggettivo e non si presta a critiche per quanto concerne il valore scientifico probatorio " (doc. 43-1). Il dr. _____ ha poi aggiunto che il rapporto della dr.ssa _____ non apporta elementi diagnostici oggettivi nuovi, in grado di mettere in evidenza un peggioramento dello stato di salute dell'interessato (doc. 43-1). Anche il dr. _____ del SMR, nelle sue annotazioni del 18 settembre 2007, ha sottolineato che la documentazione medica prodotta dall'assicurato (in particolare, i referti del dr. _____ e della dr.ssa _____), " non permette di oggettivare una modifica prolungata dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista neurologico/reumatologico. Per quanto concerne il lato psichiatrico, non risulta documentata una problematica maggiore prolungata " (doc. VIII/1). Il TCA ritiene di poter condividere tali considerazioni dei medici SMR. Come ben spiegato dal dr. _____ (cfr. doc. VIII/1), infatti, è vero che dalla documentazione medica prodotta dal ricorrente risulta esservi stata una accentuazione della problematica lomboradicolare a partire dal 10 febbraio 2007, ossia 4 giorni dopo la perizia del dr. _____: nel referto del 13 agosto 2007 la dr.ssa _____ ha infatti rilevato che l'assicurato ha presentato " un peggioramento del quadro clinico con dolori lombari recidivanti irradianti all'arto inferiore sinistro con comparsa il 10 febbraio 2007 di un lieve deficit motorio per quanto riguarda la flessione plantare del piede " (doc. B). Il dr. _____ ha tuttavia sottolineato che dal controllo del 27 marzo 2007 presso il dr. _____ è risultata esservi stata un'evoluzione favorevole, con l'assenza di deficit di forza agli arti inferiori (cfr. doc. Xbis/1, in cui lo specialista in neurologia ha attestato che " attualmente non ho riscontrato nessun deficit di forza agli arti inferiori e particolarmente della muscolatura innervata dalla radice S1 a sinistra "). Il dr. _____ ha quindi aggiunto che, come già indicato dal dr. _____ nel suo rapporto medico del 24 gennaio 2005, l'assicurato presenta dei disturbi intermittenti, osservando che " lo stato allora riscontrato risulta in pratica sovrapponibile a quello riscontrato in occasione della visita del 27 marzo 2007 " (doc. VIII/1). Il dr. _____ ha pure indicato che i limiti funzionali evidenziati dal dr. _____ nel 2005 (ossia il fatto di non potere sollevare pesi superiori ai 15 kg) corrispondono a quelli messi in luce dal dr. _____ nel suo referto peritale del 2007. Il TCA può fare proprie queste considerazioni del medico SMR. Quanto poi alla presunta presenza di una sindrome depressiva, attestata dalla dr.ssa _____ nel certificato medico del 13 agosto 2007, " con diminuzione dell'umore, disturbi del sonno e pensieri negativi, quadro clinico che ha necessitato l'introduzione di una terapia antidepressiva ", questo Tribunale rileva che, come correttamente indicato dal dr. _____ nelle sue annotazioni del 18 settembre 2007, non è stata documentata una problematica psichiatrica maggiore prolungata (doc. VIII/1). A tale proposito, il TCA ricorda che, in una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale

federale (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 recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). Nel caso di specie, la presunta esistenza di una sindrome depressiva è stata diagnosticata dalla dr.ssa _____, spec. FMH in medicina interna e non in psichiatria, la quale, nel suo scritto del 13 agosto 2007, ha indicato in maniera del tutto generica e sommaria la presenza di una affezione depressiva non meglio precisata, senza porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta, senza una valutazione delle patologie dell’interessata e del loro eventuale influsso sulla capacità lavorativa, senza esporre il decorso della patologia, indicare una prognosi e fornire una descrizione dei trattamenti intrapresi. Tale certificato non adempie quindi i requisiti richiesti dalla giurisprudenza per ritenere che un rapporto medico abbia valore probatorio (cfr. consid. 2.9.). Per tale disturbo, inoltre, l’assicurato è in cura unicamente presso il medico internista, senza essersi rivolto ad uno specialista in psichiatria. Infine, quanto al presunto peggioramento dello stato di salute dell’interessato, attestato dalla curante, dr.ssa _____, a seguito di una caduta dalle scale in data 15 settembre 2007 (cfr. doc. D), questo Tribunale si limita ad indicare che, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 4 luglio 2007 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il possibile peggioramento dello stato di salute dell’interessato, attestato dalla dr.ssa _____ nel suo referto del 18 ottobre 2007 (doc. D), è successivo alla decisione impugnata e non può quindi essere preso in considerazione. Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell’assicurazione federale per l’invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Visto quanto appena esposto, il TCA ritiene dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che il ricorrente, dal mese di dicembre 2003, è abile al lavoro al 100% sia in attività commerciali, sia in altre attività leggere adeguate, rispettose delle sue limitazioni di natura reumatologica. 2.11. Essendo quindi esigibile che l’assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa, del 100%, in attività adeguate, ricordato inoltre che l’invalidità nell’ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Nel rapporto finale del 10 maggio 2007 la consulente IP ha indicato che “ al momento del danno alla salute, l’assicurato era, per scelta personale, casalingo. Non vi è dunque una perdita salariale. Come casalingo, vale il grado di invalidità globale del 27% secondo inchiesta economica del febbraio 2006 o, tutt’al più, del 30% secondo la valutazione reumatologica del febbraio 2007. Il 40% di diminuzione di rendimento nell’attività di giardinaggio va riportato al tempo occupazionale di tale attività sull’importanza di ogni mansione secondo valutazione dell’assistente sociale (=15%). Dunque anche sotto questo profilo, non vi è diritto ad una rendita ” (doc. 37-2). Quanto alla

capacità di guadagno residua in attività adatte, la consulente ha ritenuto che paragonando il salario da valido e quello da invalido, entrambi da determinare sulla base dei dati statistici di cui alla Tabella TA1, ritenuta una riduzione del 15% del salario statistico da invalido per tenere conto del fatto che l'interessato può svolgere solo un'attività leggera e della lunga assenza dal mondo del lavoro, risulterebbe un grado di invalidità del 15%, insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita (doc. 37-2). 2.11.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 200 pag. 161 consid. 3b (I 357/01) e dottrina citata). Nel caso di specie, l'assicurato ha abbandonato la sua attività di dirigente di esercizio presso le _____ per motivi estranei all'invalidità (tossicodipendenza) e, da allora, ha sempre svolto attività lucrative diverse, anche di breve durata, alternate a periodi di disoccupazione, occupandosi, quale responsabile, di una stazione di servizio e, quale ausiliario, del recapito della _____. Come giustamente indicato dalla consulente IP nel suo rapporto del 10 maggio 2007, vista la lunga inattività dell'assicurato, il reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza invalidità va determinato sulla base dei dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, in attività semplici e ripetitive. 2.11.2. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità

e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). Orbene, utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2004 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'588. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 1/2-2007, p. 94), esso ammonta a fr. 4'771.52 mensili oppure a fr. 57'258.24 per l'intero anno (fr. 4'771.52 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto, la consulente ha applicato una riduzione del 15%, così calcolata: "una diminuzione 5% per attività leggera ed eventualmente del 10% per la lunga assenza dal mercato del lavoro, con la difficoltà nel riadattarsi ai tempi e ai ritmi lavorativi nonché la necessità di apprendimento di nuove mansioni" (doc. 37-2). La percentuale del 15% stabilita dalla consulente può essere confermata dal TCA. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che per costante giurisprudenza il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Ritenuto che sia il reddito da valido, sia quello da invalido, vanno determinati sulla base dei dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, il grado di invalidità dell'assicurato in

attività leggere adeguate corrisponde alla riduzione percentuale del 15% stabilita dalla consulente, ciò che non dà diritto ad una rendita di invalidità, come stabilito dall'amministrazione. Visto quanto precede, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto. 2.12. L'assicurato ha chiesto l'esperimento di una perizia giudiziaria, l'audizione testimoniale di alcune persone e l'edizione di alcuni documenti (XIV). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, secondo questo Tribunale la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza senza che si rivelino necessari ulteriori provvedimenti probatori. Non è pertanto necessario procedere né alla perizia, né all'edizione dei documenti, né alle audizioni testimoniali richieste. 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.14.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: "(...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)". 2.14. L'assicurato ha pure chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio (I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva

che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar, 2003, Art. 61 N. 86 p. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria - rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., Art. 61 N. 88s) - sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria, risulta che l'assicurato, classe 1969, è celibe e convive con la sua compagna e la figlia di quest'ultima (_____, nata nel 1996). Dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria emerge poi che egli non percepisce alcuna entrata e vive grazie al reddito percepito dalla compagna nella sua attività lavorativa (cfr. doc. I C). L'assicurato ha dichiarato di avere ricevuto in donazione dai suoi genitori una casa, a loro usufrutto e onere totale vita natural durante. L'assicurato ha poi dichiarato di utilizzare, al bisogno, l'auto della convivente (cfr. doc. I C). Nel caso di specie, l'assicurato deve essere considerato indigente. Egli non percepisce alcun reddito e non è quindi in grado, da solo (ossia senza l'aiuto della sua compagna convivente), di far fronte nemmeno all'importo base del minimo esistenziale, da quantificare in fr. 1'100.-- corrispondenti all'importo mensile per debitore che vive da solo stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento CEF, quale Autorità di vigilanza cantonale e valido dal 1° gennaio 2001, tuttora in uso; infatti, nulla agli atti fa pensare ad un'unione domestica dell'interessato con la sua compagna assimilabile ad un'unione matrimoniale (solo il debitore che vive in comunione familiare analoga a quella matrimoniale e da cui sono nati dei figli viene equiparato, per il calcolo del minimo vitale LEF, al debitore coniugato con conseguente considerazione di un minimo vitale più elevato, nel qual caso si deve tuttavia tener conto anche dell'insieme dei redditi percepiti dai due partner: DTF 130 III 765; sentenza CEF 15.2007.37 del 6 agosto 2007; sentenza CEF 15.2007.54 del 9 agosto 2007; DTF 124 III 52; STF del 22 gennaio 2004 nella causa X., 4P.261/2003 e ivi riferimenti; Guidicelli/Piccirilli, Il pignoramento di redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese, Agno 2002, pp. 19s, 38, 79). L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).