

TI_GERICHTE 32.2008.178 vom 2. September 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-09-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.178

FR: TI_GERICHTE 32.2008.178 du 2 septembre 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.178 del 2 settembre 2008

Regeste

Revisione su richiesta del grado AI.Invalidità causata da danno alla salute psichica?No.Perizia psichiatrica (sindrome mista ansioso depressiva) prevale su opinioni del curante,che non si è espresso sul parere del SMR ed ha chiesto erezione di perizia,negata.Assistenza giudiziaria: accolta:indigente

Erwägungen

E. 1

LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, a 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 LPGA, 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall' allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza del 14 luglio 2006, U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174 resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'

inizio dell' eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione). 5. 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 LPGA). La revisione avviene d' ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d' invalidità o di grande invalidità o dell' assistenza dovuta all' invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell' erogazione della rendita o dell' assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d' invalidità, della grande invalidità o dell' assistenza dovuta all' invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d' invalidità o di grande invalidità o il volume dell' assistenza dovuta all' invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l' assistenza dovuta all' invalidità aumenta, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L' articolo 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a 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 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). 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. 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; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pag. 268; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 1997, pag. 258). Nella sentenza pubblicata in DTF 130 V 64, il TFA ha precisato che nel caso in cui l' assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta essere applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente domanda di revisione) l' assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall' amministrazione, quest' ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l' avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda

(DTF 130 V 69 consid. 5.2.5). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006). 6. 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 del 29 settembre 1998, I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), pag. 10 consid. 3b, l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " 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 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)." 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 del 18 ottobre 1999, I 441/99; STFA del 29 settembre 1998, I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza del 4 luglio 2007 (I 384/06), il Tribunale federale 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)". 7. C on la decisione impugnata l'Ufficio AI ha confermato il diritto del ricorrente ad un quarto di rendita d'invalidità, diritto esistente dal 1° aprile 1995 a causa di una patologia ortopedica. L'amministrazione si è basata sulla valutazione finale del 15 febbraio 2008 (doc. AI 153) del dr. med. _____, medico presso il SMR, il quale a sua volta si è fondato sul parere del perito psichiatra (doc. B), che ha accertato che la sindrome mista ansioso-depressiva non aveva alcuna influenza sulla capacità lavorativa. Il ricorrente contesta il parere del perito e ritiene, sulla scorta del certificato redatto il 25 settembre 2008 (doc. D) dal suo psichiatra, che vi sia invece una problematica psichica che lo rende inabile al 100% e che gli impedisce di conseguire un reddito. Inoltre, dal calcolo economico si ottiene un'incapacità di guadagno del 72%, ciò che comporta il diritto ad una rendita intera. 8. Il

12 settembre 2009 (doc. AI 121-21) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha stilato un rapporto medico comprendente l'anamnesi, le constatazioni soggettive, lo status psicopatologico e la valutazione e procedere. Il pensiero dell'assicurato è rivolto all'esistenza di un complotto persecutorio da parte della famiglia della moglie che l'ha portato ad essere condannato a sei anni di carcere, sebbene si ritenesse innocente. Dall'analisi del suo status psicopatologico è emerso che era ben orientato nei quattro domini, l'eloquio era spontaneo, il pensiero incentrato continuamente e unicamente sulle ingiustizie che avrebbe vissuto e sul senso di risentimento e di rancore. Anche l'azione del sistema carcerario veniva vissuta come persecutoria. L'assicurato presentava quindi dei tratti fortemente interpretativi e paranoidei, che lo portavano a sentirsi oppresso-vittima del sistema. Non v'erano elementi allucinatori né depressivi. Nella sua valutazione, lo psichiatra ha indicato che si trattava di un soggetto che presentava uno sviluppo paranoide della personalità in seguito a quanto vissuto ed accaduto da quando si è confrontato con l'accusa di pedofilia. Negli anni si è creata una dinamica di pensiero interpretativo sistematizzato che, a suo dire, limitava fortemente le capacità lavorative dal lato psichiatrico. Confrontarsi con qualsiasi ambito lavorativo non protetto, quindi stressante-frustrante, sarebbe stato fonte di ulteriore vissuto persecutorio per l'assicurato. La presenza di fattori di stress acuti avrebbe potuto dare luogo a chiari rischi di acting-out. Pertanto, dal profilo psichiatrico la sua inabilità lavorativa era completa. In seguito, l'Ufficio AI ha sottoposto il ricorrente ad una perizia psichiatrica come deciso dal TCA il 27 giugno 2006 e confermato dal Tribunale federale il 2 novembre 2007. Il referto peritale dell'11 febbraio 2008 (doc. B) riporta gli atti medici, e non, più significativi dal 1994 in poi, l'anamnesi personale e lavorativa, patologica, i dati soggettivi, le constatazioni obiettive, la diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa, la valutazione e prognosi, le conseguenze sulla capacità lavorativa. Come emerge dalla citata perizia, il 3 gennaio 2008 la dr.ssa _____, attiva presso il Servizio di psichiatria e di psicologia medica di _____, ha visitato l'assicurato e nell'anamnesi patologica ha ricordato che egli soffriva da tempo di diversi disturbi, tra cui un'ernia del disco L4-L5, stato dopo distorsione della caviglia sinistra, stato dopo tubercolosi polmonare, pollinosi, diminuzione del visus all'occhio destro, ipercolesterolemia, diabete mellito, ernia inguinale, obesità. Prima del 2005 non vengono riferite visite psichiatriche né terapie psicofarmacologiche o ricoveri psichiatrici. L'assicurato ha descritto uno stato di sostanziale benessere psicologico prima del suo arresto. Dal 2005 è in cura dallo psichiatra dr. med. _____ a seguito di crisi nervose con offuscamento della vista e perdita improvvisa delle forze. Queste crisi durerebbero qualche minuto e si risolverebbero spontaneamente; non sarebbero accompagnate da una sintomatologia fisica quale sudorazione, palpitazioni o tremore. La frequenza delle crisi sarebbe piuttosto variabile e legata all'andamento degli eventi esterni. Le visite si svolgevano ogni due mesi ed al momento della perizia non v'era alcuna terapia farmacologica in corso, poiché i già tanti medicinali assunti lo intontivano. L'andare a pesca lo tranquillizzava. Non sono noti ricoveri psichiatrici dovuti a queste crisi. Durante il colloquio il peritando si è focalizzato su due temi principali: i motivi che l'hanno portato in carcere ed i problemi di salute a livello internistico. Ha riferito di soffrire d'insonnia con incubi e risvegli precoci, non aveva difficoltà nella gestione della casa, frequentava amici di vecchia data, mentre aveva maggiore difficoltà nel rapportarsi con persone nuove. Non ha mai avuto idee suicidali. Dal lato oggettivo, l'esperta ha effettuato un esame psichico descrivendo il profilo generale (aspetto curato ed ordinato, visibilmente in sovrappeso, l'atteggiamento cooperativo e franco), sensorio e coscienza (vigile, attento ed orientato nei

parametri spazio-temporali durante il colloquio), l'attenzione, la concentrazione e la memoria (nessun disturbo), l'umore e l'affettività (eutimico per tutto il colloquio, esprimeva a tratti rabbia verso la moglie e la di lei famiglia; nessuna quota d'ansia di rilievo), l'istintualità (insonnia tardiva con incubi, negava disturbi del comportamento alimentare, abuso d'alcool o sostanza stupefacenti), l'intelligenza ed il linguaggio (nella norma la prima, adeguato il secondo), il pensiero (logico e coerente; il contenuto comprendeva l'idea di essere stato vittima di un complotto ad opera della famiglia della moglie e le preoccupazioni legate all'impossibilità di rivedere i figli) e la percezione (nessun disturbo). L'unica diagnosi, comunque senza influenza sulla capacità di lavoro, era di sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2). Nella discussione, il perito ha ripreso il parere del 2005 del collega che aveva parlato di sviluppo paranoide della personalità ed ha osservato che questa diagnosi non compare nell'ICD-10, dove eventualmente si parla di disturbo di personalità paranoide F60.0. Per analizzare la diagnosi posta dal collega, l'esperta ha considerato tre aspetti. Il primo, l'aderenza alla realtà, si concretizzava nell'accusa di pedofilia, che il ricorrente respingeva ritenendosi innocente e vittima di un complotto ordito dalla moglie. Da ciò sorgevano tre ipotesi, che piuttosto riconducevano il quadro alla diagnosi di disturbo della preferenza sessuale-pedofilia (ICD-10 F65.4). Questo disturbo non comportava comunque delle conseguenze sulla capacità lavorativa, se non di evitare lavori a contatto con minori. Il secondo elemento riguardava il contenuto del pensiero espresso: va ritenuto che per quanto l'idea del complotto apparisse piuttosto inverosimile, tuttavia essa era riportata con sufficiente coerenza. La terza caratteristica si riferiva alla pervasività di tale vissuto persecutorio: se d'un canto l'assicurato ha riferito una certa diffidenza verso le persone nuove ed una difficoltà di interazione con i colleghi nuovi, d'altro lato egli conduceva una vita sociale del tutto soddisfacente ed anche in carcere ha stretto rapporti di fiducia con gli operatori. Perfino il rapporto del medico del carcere non ha mai riferito di problematiche psichiatriche e di comportamenti che facevano pensare a serie difficoltà di inserimento e di convivenza con gli altri, elementi invece tipici di chi presenta dei chiari aspetti paranoidei. Visti tutti questi elementi, la psichiatra ha escluso la diagnosi sia di sviluppo paranoide della personalità sia di disturbo di personalità paranoide F60.0 o di altre patologie dello stesso spettro che possano limitare la capacità lavorativa. Rispetto al rischio di acting-out evocato dal curante, la specialista ha ritenuto che l'intensità emotiva, che a quel momento caratterizzava il vissuto legato all'idea di essere vittima di una persecuzione, non fosse tale da far pensare ad un rischio in questo senso. Ella ha rilevato come soprattutto la situazione non abbia richiesto un trattamento farmacologico, che si sarebbe verosimilmente reso indispensabile nel caso di un vissuto emotivo di forte angoscia o rabbia. La sintomatologia espressa dal paziente concerneva un'insonnia cronica con risveglio precoce e delle crisi nervose difficilmente inquadrabili dal punto di vista diagnostico. Tali sintomi possono essere inquadrati nell'ambito di una sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2), dove in particolare queste crisi sarebbero l'espressione di una tensione emotiva soprattutto in termini di ansia legata alle difficoltà. Riconosciuta una grossa sofferenza derivata dalle vicende degli anni precedenti, tuttavia essa non determinava una riduzione della capacità lavorativa. Lo stesso assicurato faceva risalire la sua impossibilità a lavorare a problematiche fisiche e non psichiatriche. Le professioni per le quali l'assicurato era formato adempivano la caratteristica che non lo esponevano, proprio come da suo desiderio, a troppe interazioni con terze persone. Riguardo alla capacità di lavoro, la perita ha concluso che i disturbi rilevati non avevano nessuna ripercussione sull'attività abituale dell'assicurato e su altre eventuali attività lavorative. Quindi, qualsiasi

attività lavorativa compatibile con le sue condizioni fisiche risultava praticabile, essendo abile al 100% dal punto di vista psichiatrico. Il 25 settembre 2008 (doc. D) il dr. med. _____ si è espresso in merito al citato referto peritale ed in particolare al punto 5 riguardante le valutazioni e prognosi. Egli ha evidenziato di non avere mai parlato di disturbo di personalità paranoide, ma solamente di sviluppo paranoide della personalità. I periti hanno interpretato lo sviluppo paranoide della personalità come una possibile diagnosi di disturbo di personalità paranoide e pertanto hanno elencato gli elementi per cui questo disturbo di personalità paranoide non può essere confermato. Comunque, lo psichiatra era d' accordo con le considerazioni peritali che escludevano un disturbo paranoide della personalità. Ha specificato che lo sviluppo paranoide della personalità che ha identificato nel 2005 si inserisce all' interno di una sindrome delirante persistente, codificata in ICD-10 F22.0. A suo dire, l' origine dell' insorgenza di questa sindrome delirante era concomitante all' accusa di pedofilia. Da allora questa sindrome si è incistata ed era specifica a tutto ciò che concerneva la problematica vissuta. Infatti, ogni volta che si parlava di quanto occorsogli si riattivava tutto il sistema delirante persecutorio. Anche in carcere è riuscito a trovare un suo equilibrio proprio perché non è mai stato messo in contatto con gli altri detenuti. Durante la carcerazione ha trovato un equilibrio psichico, di per sé sempre a rischio di crisi, solamente attraverso la frequentazione di vecchi amici. L' equilibrio era fragile e ciò si è concretizzato qualche mese prima, quando si è riattivato il sistema delirante persecutorio specifico, poiché aveva la ferma intenzione di potere rivedere i figli. Ma dato che la risposta della Commissione tutoria regionale tardava ad arrivare, ha sviluppato un disturbo interpretativo-persecutorio con stato di inquietudine e di agitazione psicomotoria. Quindi, l' assicurato presentava un disturbo delirante a stampo persecutorio specifico che, se confrontato con le pressioni del mondo lavorativo esterno, lo porterebbe senza ombra di dubbio a scivolare in marcate crisi psichiche. Pertanto, il curante ha ritenuto che i periti hanno valutato solamente l' aspetto della personalità paranoide, senza invece considerare il disturbo delirante di cui era portatore. Dal lato psichiatrico l' assicurato era quindi inabile al lavoro per qualsiasi attività e questo in misura del 100% ed in modo permanente e duraturo.

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 già avuto modo di evidenziare 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). Occorre ancora rilevare che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (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, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (*Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: *SZS 1999* pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 10. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale, dopo attento esame degli atti, ritiene che le valutazioni del perito medico psichiatra interpellato nel 2008 dall'Ufficio AI in merito alla situazione valetudinaria dell'insorgente meritino conferma, mentre la tesi ricorsuale si rivela essere infondata. Questo rapporto peritale, redatto l'11 febbraio 2008, dà infatti un chiaro quadro delle condizioni di salute dell'insorgente e pertanto, come tale, va posto alla base del presente giudizio. Nell'analisi specifica dei singoli rapporti medici, l'Ufficio AI ha affidato la valutazione dello stato di salute dell'assicurato al Servizio di psichiatria e di psicologia medica, e per esso alla dr.ssa _____, che ha visitato personalmente il paziente ed ha quindi potuto certificarne direttamente delle sue condizioni di salute. Il referto è stato inoltre avallato dalla dr.ssa med. _____, capo servizio SPPM, dallo psicologo SPPM _____ e dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, direttore CPAS di _____. Esaminata poi tutta la documentazione medica messa a sua disposizione, ha allestito un referto medico completo, scevro di contraddizioni ed approfondito, soffermandosi sull'anamnesi, sullo status del ricorrente, sul quadro complessivo e, soprattutto, sulla sua capacità lavorativa sia nell'attività precedente sia in altre. Il TCA osserva che successivamente alla perizia è giunto il certificato dello psichiatra curante del ricorrente, dr. med. _____ (doc. D). Questo referto ha rilevato che il perito avrebbe mal compreso il suo precedente certificato del 2005, in cui egli ha diagnosticato uno sviluppo paranoideo della personalità e non un disturbo di personalità paranoidea F60.0. Pertanto, erroneamente, a suo dire, i medici incaricati dall'

Ufficio AI avrebbero interpretato lo sviluppo paranoideo della personalità come una possibile diagnosi di disturbo di personalità paranoidea. A mente di questo Tribunale, invece, il referto dell' 11 febbraio 2008 distingue in modo chiaro tra sviluppo paranoideo della personalità e disturbo di personalità paranoidea: la prima diagnosi è stata fatta dal dr. med. _____ ed al proposito il perito del SPPM ha osservato che, come tale, non è contemplata dalla classificazione ICD-10. Ad essa si avvicina, semmai, la diagnosi di disturbo di personalità paranoidea, classificata F60.0. Ma, dopo avere analizzato gli aspetti che aiutano a verificare la concretezza di uno sviluppo paranoideo della personalità, la psichiatra ha escluso sia questa diagnosi sia quella che più le si avvicina (disturbo di personalità paranoidea), non essendo dati gli elementi caratteristici. Ella ha infatti riscontrato unicamente una sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2) dovuta alle crisi nervose che, seppure difficilmente inquadrabili dal profilo diagnostico, potrebbero essere legate ad una tensione emotiva derivante dal tentativo dell' assicurato di riconquistare il suo ruolo genitoriale. Comunque, il disagio che egli sopportava – indipendentemente dalla sua reale colpevolezza - non comportava una riduzione della sua capacità lavorativa, che rimaneva quindi piena. Il 21 ottobre 2008 (doc. Vbis) i medici SMR _____, FMH in medicina generale, e _____, medico psichiatra, hanno preso posizione come segue sul rapporto del 25 settembre 2008 dello psichiatra dr. _____ ed in particolare sulla diagnosi di sviluppo paranoideo della personalità che egli ha pronunciato: " (...) evidenziano che tale diagnosi non compare nell' ICD 10 dove si parla eventualmente di disturbo di personalità paranoide (F 60.0). Viene esclusa la presenza di un chiaro delirio "... Per escludere ulteriormente lo sviluppo paranoideo citato, si ritiene di dover considerare, come già anticipato, anche un aspetto relativo al contenuto più specifico del pensiero stesso: per quanto l' idea del complotto espressa dall' assicurato appaia piuttosto inverosimile, è riportata con sufficiente coerenza e senza l' esplicitazione o anche solo il riferimento ad elementi totalmente inverosimili o che si configurino come un chiaro delirio.". Nella perizia viene riportato che l' A conduce una vita del tutto soddisfacente, non ha difficoltà nella gestione della casa e svolge con piacere le attività del quotidiano e diverse attività di svago, passa molto tempo presso un circolo frequentato da amici di vecchia data che conosce molto bene. Le visite con lo psichiatra curante avvengono ogni due mesi e al momento della perizia non assume nessuna farmacoterapia di tipo psichiatrico. Il Dr _____, nel rapporto del 25.09.2008 inviato all' avvocato RA 1, afferma di non aver mai parlato di disturbo di personalità paranoide per il quale è d' accordo con la valutazione peritale nella sua assenza ma esplicita che lo sviluppo paranoideo di personalità citato nel rapporto del 2005 si inserisce nell' ambito di una sindrome delirante persistente (ICD 10 F 22.0). Il disturbo delirante si caratterizza per la presenza di un delirio il cui contenuto è variabile. Nel caso specifico nella perizia del SPPM viene esclusa la presenza di un franco delirio, condizione indispensabile per porre una tale diagnosi. La nuova documentazione prodotta non modifica le conclusioni a cui sono giunti i periti nella loro valutazione." Da quanto precede si può quindi concludere con certezza che va esclusa la presenza di un disturbo di personalità paranoide: entrambi gli psichiatri interpellati sono concordi al proposito. Riguardo all' ipotesi di sviluppo paranoideo della personalità evidenziato dal curante del ricorrente nel 2005, invece, la perita l' ha ritenuto, oltre che inesistente nell' ambito delle classificazioni ufficiali, non presente nell' assicurato dopo averne approfondito gli aspetti caratterizzanti. Nel referto del 2008 il dr. _____ ha specificato che detto sviluppo si inserisce all' interno di una sindrome delirante persistente. Ma anche su questa problematica, indirettamente, si è espressa la dr.ssa _____, laddove, nell' esame della

diagnosi di sviluppo paranoide della personalità, ha osservato che il pensiero dell' assicurato, al di là dell' idea di un complotto nei suoi confronti, era comunque coerente e non faceva riferimenti ad elementi totalmente inverosimili. Non v' erano quindi indizi per ammettere un chiaro delirio. Di questa opinione sono pure i medici SMR, che hanno sì ammesso la presenza di un delirio il cui contenuto è variabile, ma ciò non è sufficiente per ammettere l' esistenza di un franco delirio e quindi porre la diagnosi di sindrome delirante persistente. Questo Tribunale evidenzia, peraltro, che il medico curante non si è espresso, malgrado ne abbia avuto la possibilità, sulla presa di posizione dei medici SMR. Pertanto, limitarsi a chiedere semplicemente, con il ricorso, l' erezione di una nuova perizia medico giudiziaria, contraddice l' obbligo di collaborare delle parti che affianca il principio inquisitorio a cui è sottoposto il TCA . V' è da rilevare, ancora, che il ricorrente era in cura dal suo psichiatra dal 2005 con la frequenza di una visita ogni due mesi e che nemmeno seguiva una terapia farmacologica dal profilo psichiatrico. Non va comunque dimenticato che l' esame psichico ha constatato una persona cooperativa e franca, vigile, attenta, orientata nei quattro domini, che al momento della consultazione non presentava alterazioni dello stato di coscienza, della memoria, dell' attenzione e della concentrazione. L' atteggiamento dell' assicurato era sereno, solo a tratti ha espresso rabbia verso la moglie, ma comunque non sono emerse circostanze d' ansia di rilievo. Non sono state riscontrate alterazioni dell' intelligenza, del linguaggio e del pensiero che, anzi, è stato definito logico e coerente. 11. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 9), questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il perito scelto dall' Ufficio AI, medico psichiatra , che ha sia incontrato personalmente l'assicurato sia preso visione di tutti i precedenti atti dei medici interpellati dall' insorgente e dall' amministrazione . Le sue conclusioni possono quindi essere definite chiare, complete, attendibili, logiche, convincenti, molto approfondite e prive di contraddizioni. In merito alla valutazione del dr. _____ del 25 settembre 2008, va ricordato che 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 (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5). Il TCA deve quindi considerare tutti gli atti determinanti emessi sino al

E. 2

settembre 2008. Il nuovo certificato, successivo alla decisione, è stato prodotto con il ricorso del 30 settembre 2008; tuttavia, poiché documenta la situazione antecedente l' emanazione della decisione in questione, può essere ritenuto ai fini del presente giudizio. Va tuttavia osservato che questo referto è meno completo e dettagliato di quello redatto dall' a perita dr.ssa _____. Non va peraltro dimenticato che ancora recentemente il Tribunale federale ha confermato che in ragione della diversità dell' incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell' 11 aprile 2008, consid. 5.3, STF 9C_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, STF I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008). Una diversa interpretazione, in assenza di specifica documentazione medica, non può essere qui ritenuta. Il TCA ribadisce infatti che l' insorgente non ha saputo giustificare, alla mano di dettagliata documentazione medica e/o descrizioni di esami clinici effettuati, che il suo stato di salute

era di gran lunga oggettivamente ed in maniera duratura peggiore rispetto a quello individuato dal perito dell ' Ufficio AI e che ciò aveva un'incidenza costante sulla sua capacità lavorativa . Il ricorrente non ha minimamente messo in dubbio le conclusioni del perito, dato che il certificato medico a cui si è riferito, quello del suo medico curante, era senza dubbio meno specifico e minuzioso di quello allestito dall a perita . Tutto ben considerato, vanno quindi considerate decisive le conclusioni a cui è giunto il perito, ovvero che lo stato di salute psichico dell ' insorgente non è tale da influire negativamente sulla sua capacità lavorativa. Di conseguenza, è a giusta ragione che l'Ufficio AI ha nuovamente deciso che non vi fossero le premesse per un aumento del grado d'invalidità precedentemente fissato al 40%. Stanti così le cose, la decisione impugnata deve essere confermata ed il ricorso respinto. Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell ' assicurato intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). 12. L a perizia agli atti e l ' opinione dei medici SMR contengono le necessarie indicazioni ai fini decisionali; perciò non si giustifica un complemento istruttorio a carico dell'amministrazione. Per questo motivo, la richiesta del ricorrente di esperire un ' ulteriore perizia psichiatrica va disattesa (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007, consid. 3.3). A tal proposito va ricordato che, q uando 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*, 2a 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). 13. Secondo l ' art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all ' asse-gnazione 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. 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 contestualmente al ricorso. 14. 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). Il diritto all'assistenza giudiziaria deriva direttamente dall'art. 29 cpv. 3 Cost. fed. e garantisce ad ogni cittadino, senza riguardo ai suoi mezzi finanziari, le stesse possibilità di stare in giudizio (DTF 125 V 36; DTF 124 I 304 consid. 2; DTF 115 Ia 193; Borghi/Corti , *Compendio di procedura amministrativa ticinese*, Lugano 1997, ad art. 30 LPamm, pag. 151; Cocchi/Trezzini , *Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato*, Lugano 2000, ad art. 155, pag. 471, nota 552). Tale diritto è pure sancito espressamente dall'art.

E. 6

cpv. 3 CEDU. A livello cantonale, la Costituzione prevede all'art. 10 cpv. 3 che ognuno ha diritto all'assistenza giudiziaria, gratuita per i meno abbienti. 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, consid. 1b; Kieser, ATSG-Kommentar, 2009, n. 102 ad art. 61, pag. 788). Per quanto concerne la procedura per le cause davanti al TCA, questi principi sono stati codificati all'art. 21 cpv. 2 vLP TCA – applicabile alla fattispecie in virtù della norma transitoria prevista nella nuova LP TCA (art. 32), in vigore dal 1° ottobre 2008 -, secondo cui la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria (Lag). I tre presupposti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (SVR 2004 AHV Nr. 5; STFA U 102/04 del 20 settembre 2004, consid. 4.1.1; STFA del 3 luglio 2003, U 114/03, consid. 2.1; Kieser, op. cit., n. 104 segg. ad art. 61, pag. 788) – 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 le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; STF I 134/06 del 7 maggio 2007; STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b con riferimenti; DTF 124 I 1, consid. 2a, pag. 2; DTF 121 I 323 consid. 2a, DTF 120 Ia 15 consid. 3a, 181 consid. 3a). I criteri posti nella legge cantonale sono quindi identici a quelli fissati dalla giurisprudenza federale elaborata interpretando le norme di diritto federale relative alle assicurazioni sociali (cfr. art. 85 cpv. 2 lett. f vLAVS; DTF 125 V 202; STFA I 396/99 del 28 novembre 2000). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 Ia 11 segg.; DTF 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori; STF 4P.158/2002 del 16 agosto 2002; Cocchi/Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Appendice 2000/2004, Lugano 2005, n. 8 ad art. 3 Lag, pag. 223). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11 segg.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CCS (Cocchi/Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, n. 20 ad art. 155, pag. 479 e giurisprudenza ivi citata). Dal punto di vista temporale, il presupposto del bisogno dell'istante deve essere determinato al momento in cui si statuisce sulla richiesta di assistenza giudiziaria (STF 1P.542/2003 del 20 ottobre 2003; SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 108 V 265; Cocchi/Trezzini, op. cit., Appendice, n. 18 ad art. 3 Lag, pag. 226), in particolare quando il lasso di tempo trascorso tra domanda e decisione è importante (cfr. anche Cocchi/Trezzini, op. cit., n. 39 ad art. 155, pag. 485. In senso contrario, cfr. DTF 108 Ia 108; DTF 120 Ia 179 consid. 3a; RDAT 1998-II n. 36; per un commento cfr. Cocchi/Trezzini, op. cit., nn. 39, 40 e 41 con relative note, pag. 485-486). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (STF 5P.321/2004 del 21 settembre 2004; SVR 2007 AHV Nr. 7, SVR 1998 IV Nr. 13 consid. 7b e 7c). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (RAMI 1996 pag. 209 consid. 2; STFA

non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa H., pag. 3). In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1, il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte, il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale. L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo (Cocchi/Trezzini, op. cit., n. 10 ad art. 156, pag. 490). Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo il TFA, infatti, si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia (STFA non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa J.P.H., pag. 4, consid. 2 e giurisprudenza citata non pubbl.). La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 119 Ia 12 consid. 5; DTF 118 Ia 369). L'intervento dell'avvocato deve essere necessario o perlomeno indicato. Il TF ha stabilito che la necessità dell'intervento di un avvocato è data nella misura in cui le questioni controverse non sono di facile soluzione e la parte oppure il suo rappresentante civile non possiedono conoscenze giuridiche (DTF 119 Ia 265). Da ultimo, il processo non deve essere palesemente privo di esito favorevole. 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; STFA del 26 settembre 2000 nella causa N.D.N.; DTF 129 I 135 consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3 e sentenza ivi citata; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., n. 1 ad art. 157, pag. 492). 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., nota 591 ad art. 157, pag. 491). Nel caso concreto, dalla documentazione agli atti risulta che il ricorrente percepisce nel 2009 una rendita AI di Fr. 263.- mensili ed una prestazione complementare di Fr. 2'224.- al mese (già dedotto il sussidio cantonale per l'assicurazione malattia), per delle entrate totali di Fr. 2'487.- (doc. IX). Le sue spese certe ammontano a Fr. 975.- al mese per la pigione lorda, comprese le spese accessorie, per un totale di Fr. 11'700.- (doc. IX). Verosimilmente, in questo importo è compreso anche il costo del parcheggio, dato che nel formulario per la revisione delle prestazioni complementari AVS/AI per il 2009 l'assicurato ha indicato una pigione annua lorda di Fr. 10'560.- oltre a Fr. 300.- per le spese accessorie, escluso espressamente il costo del posto macchina, per complessivi Fr. 10'860.-. Al riguardo, va evidenziato che è un principio giurisprudenziale e dottrinale indiscusso che le spese fisse e correnti connesse all'uso di un'automobile rientrano nel minimo di esistenza del debitore solo se il veicolo viene dichiarato impignorabile in virtù dell'art. 92 c. 3 LEF, ossia se gli è necessario per l'

esercizio della sua professione (DTF 117 III 22, DTF 104 III 73, DTF 97 III 52; Guidicelli/Piccirilli, Il pignoramento dei redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese, Lugano 2002, n. 171 segg.). Nell'evenienza concreta, nulla agli atti permette di ritenere che l'istante necessiti del proprio veicolo per lavoro, dato che è invalido e senza attività lucrativa. Pertanto, per la pigione lorda va considerato l'importo di Fr. 10'860.-, ossia di Fr. 905.- al mese. Per lo stesso motivo, va stralciato l'importo di Fr. 100.- al mese che l'assicurato ha indicato di dovere pagare per saldare la fattura di riparazione dell'automobile. Peraltro, si tratta di un costo straordinario che a breve sarà cancellato, non quindi di una spesa ricorrente. Quali altre spese, il ricorrente ha indicato l'importo (regolare) di Fr. 50.- al mese per pagare delle tasse di giustizia, che possono essergli qui eccezionalmente riconosciute nel suo fabbisogno. Il premio mensile di cassa malati di Fr. 356.- non va invece considerato quale costo, essendo pagato direttamente dalle prestazioni complementari. Vi sono poi delle esecuzioni LEF in corso per circa Fr. 5'700.-. Al proposito, è utile osservare che queste procedure non sono ancora terminate, ovvero non sono sfociate in un obbligo per l'assicurato di dovere far fronte al versamento di questo od altro importo. Di conseguenza, il fatto di avere delle procedure in corso non implica un aggravio delle finanze del ricorrente. D'altronde, egli stesso non ha indicato un onere da ciò derivante. Riguardo all'esistenza di attestati di carenza beni, va evidenziato che anch'essi non comportano degli oneri finanziari all'assicurato. È solo quando – e se – tornerà a miglior fortuna che egli sarà tenuto a rimborsare i debiti accertati dagli ACB, circostanza che attualmente non si è comunque realizzata. Tenendo infine conto che all'importo base mensile del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo LEF per persone sole di Fr. 1'100.- va aggiunto un supplemento del 15%-25% conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza U 102/04 del 20 settembre 2004, ossia Fr. 150.- rispettivamente Fr. 275.-, risulta un'eccedenza media di circa Fr. 270.-- al mese. L'assicurato non va pertanto qualificato come indigente. In effetti, l'eccedenza di cui dispone il ricorrente può permettergli di fronteggiare con pagamenti rateali le certe contenute spese di giustizia e di patrocinio (S TCA del 5 settembre 2005, 33.2005.6). In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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