

TI_GERICHTE 32.2010.227 vom 18. Juni 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-06-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.227

FR: TI_GERICHTE 32.2010.227 du 18 juin 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.227 del 18 giugno 2010

Regeste

Domanda di revisione. Confermata la perizia multidisciplinare e l'assenza di una rilevante peggioramento della situazione valetudinaria

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). 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. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 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. 2.5. Nell'ambito della procedura di revisione l'Ufficio AI ha incaricato il _____ di eseguire una perizia psichiatrica. Dal referto 16 febbraio 2010 (doc. Al 216) risulta che il dr. _____, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, riportate le indicazioni soggettive e le constatazioni obiettive, ha posto quale unica diagnosi psichica quella di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD 10 F33.1). Nella dettagliata discussione dei dati raccolti, il succitato specialista ha concluso che rispetto alla valutazione psichica effettuata dal SAM nel 2006 " lo stato di patimento psichico del peritando appare sostanzialmente invariato" , osservando: " (...) Persiste una condizione psicopatologica di tipo depressivo che ha portato ad una compromissione delle competenze sociali e lavorative con perdite di interesse e deficit dell'iniziativa e che insorta come reazione depressiva alla patologia fisiatrica, alla perdita del posto di lavoro e alle disavventure assicurative, col tempo ha assunto i caratteri del deficit affettivo recidivante ormai stabilizzato. Rapportando lo stato psicopatologico attuale con quello valutato in sede di perizia SAM non si rilevano però espressioni patologiche tali da fare pensare ad un peggioramento dello stato clinico del peritando. Immodificati sono infatti rimasti gli aspetti legati alle modeste risorse adattative del peritando che l'hanno portato e lo mantengono tuttora in una condizione di scarsa reattività socio lavorativa, così come immodificati

risultano i comportamenti regressivi di delega alle istituzioni di fare fronte in sua vece a tali esigenze. (...)” (Doc. 216-6) Il perito ha pertanto concluso: " (...) Le menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale sono conseguenti alla condizione depressiva recidivante di grado medio, ormai in via di cronicizzazione. L'entità del quadro clinico obiettivato limita tuttora la capacità lavorativa del peritando, per esclusive cause psichiche, in misura del 30% dal 2003. Vista la tendenza alla cronicizzazione, sul piano prognostico questa condizione è difficilmente suscettibile di miglioramento anche in futuro. Va infine precisato che i limiti alla capacità lavorativa identificati per cause psichiche non sono addizionali a quelli eventuali per motivi fisiatrici. (...)” (Doc. AI 216-7) Con complemento 11 giugno 2010 il dr. _____ ha preso posizione in merito allo scritto 3 maggio 2010 dello psichiatra curante dr. _____, il quale non ha condiviso le conclusioni della perizia. (doc. AI 225). In queste sede l'insorgente, riprendendo le considerazioni del dr. _____, contesta la valutazione psichiatrica peritale. 2.6. In merito alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, 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, 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 tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 2001, p. 266). Occorre ricordare che in caso di divergenza di opinioni tra periti e medici curanti non occorre necessariamente disporre una nuova perizia. In particolare, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza 9C_482/2008 del 18 maggio 2008 consid. 3.3 con riferimenti). Infine, la giurisprudenza 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). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in *RDAT 2003-II* p. 628-629, in particolare la nota 158, 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* p. 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 lavorativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi

stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale 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 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA I 384/04 del 23 settembre 2004). 2.7. Nella fattispecie concreta, l'insorgente rileva che con rapporto medico 2 settembre 2009 (doc. AI 208) il dr. _____ aveva diagnosticato uno stato depressivo medio-grave con caratteristiche di cronicità (ICD 10 F33.11, F.33.21), una sindrome ansiosa generalizzata, sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) e disturbo di personalità misto (F ICD 10 61.0), valutando una totale incapacità lavorativa (doc. AI 208). L'insorgente ritiene la perizia psichiatrica incompleta e priva di valore probatorio, avendo il dr. _____ unicamente diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente di media-gravità, senza essersi espresso sui motivi per cui egli non riconosce le altre diagnosi poste dallo psichiatra curante. L'assicurato ha poi evidenziato alcune, a suo dire, contraddizioni che inficerebbero ulteriormente la validità della perizia. 2.7.1. Occorre anzitutto osservare che il perito ha debitamente motivato la diagnosi da lui posta, esprimendosi pure sulle ragioni per cui non condivide la valutazione dello psichiatra curante. In particolare il dr. _____ ha evidenziato: " Riguardo alla situazione psichica attuale non appare pertanto condivisibile l'inabilità lavorativa completa identificata dallo psicoterapeuta curante e questo perché a rendere compromesso il quadro clinico sono soprattutto i sintomi algici muscolo scheletrici mentre non sono emersi elementi deponenti per uno stato depressivo grave o una destrutturazione patologica della personalità a parte forse qualche tratto istrionico sottolineato da una certa tendenza alla drammatizzazione dei disturbi lamentati. A tale proposito peraltro va sottolineato il fatto che non entra in linea di conto neppure una eventuale causa psicogena dei dolori lamentati in quanto il peritando descrive come il dolore risenta positivamente, seppure transitoriamente, dagli approcci terapeutici cui si sottopone. Il dolore di natura psicogena invece non aumenta o diminuisce e non è alleviato da fattori che solitamente ne modificano l'intensità come l'assunzione di analgesici o le influenze meteorologiche, come invece sembra avvenire nel caso in oggetto. (...)" (Doc. AI 216-7) Nel complemento peritale 11 giugno 2010 il dr. _____ ha ribadito di non condividere la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore cronico "perché il dolore di natura psicogena non si modifica, non aumenta o diminuisce mentre nel caso in oggetto il peritando afferma esplicitamente che i propri dolori risentono sia dalla farmacologia che dalle variazioni cliniche " (doc. AI 226-2). Al riguardo, nello scritto 10 agosto 2010 il dr. _____ ha sostenuto: "(...) Il collega non considera il disturbo somatoforme da dolore cronico, scrivendo che (pag. 6): "non entra in considerazione una eventuale causa psicogena dei dolori lamentati, in quanto il paziente descrive che il dolore risente positivamente, seppur transitoriamente, degli approcci terapeutici cui si sottopone. Il dolore di natura psicogena invece non aumenta o diminuisce e non è alleviato da fattori che solitamente ne modificano l'intensità, come l'assunzione di analgesici o le influenze meteorologiche, come invece sembra avvenire nel caso in oggetto." A tale proposito ho già discusso come il disturbo somatoforme da dolore

cronico del paziente soddisfi tutte le caratteristiche diagnostiche dell'ICD-10: cronicità, penosità persistenza; dolori non completamente spiegati da un processo fisiologico o da malattia somatica e che interviene in associazione con conflitto emozionale o con problemi psicosociali, che possono essere individuati come i principali fattori causali. Inoltre l'ICD-10 esclude un dolore di origine psicogena, cosa che anche il dr. _____ cita: "il dolore di natura psicogena invece non aumenta o diminuisce...", quindi a mio parere egli si contraddice. I requisiti diagnostici dell'ICD-10 non menzionano il fatto che i dolori, come dice il collega, non "aumentano o diminuiscono." (...)" (Doc. I, pag. 9) Orbene, non va dimenticato che la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente con episodio attuale di gravità media è stata già posta dal dr. _____ nella perizia 20 febbraio 2006 (doc. AI 165-15). Certo che allora il perito aveva individuato anche un disturbo da somatizzazione, ma non una sindrome da dolore somatoforme, tant'è che egli non ha l'ha classificata sotto l'ICD 10. Va tuttavia ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nella STF del 29 luglio 2008 nella causa M., 9_C830/2007), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser /Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Nel caso in esame, pur volendo ammettere – per pura ipotesi di lavoro – l'esistenza di una sindrome da dolore somatoforme, alla stessa non potrebbe essere conferito carattere invalidante e questo già per il solo fatto che, come si evince dalla perizia del dr. _____, non risulta una perdita d'integrazione sociale dell'assicurato in tutti gli ambiti della vita. Seppure l'insorgente presenti una tendenza ad isolarsi e sebbene trascorra la maggior parte a casa, egli esce di casa per accompagnare i figli a scuola o per andare a trovare i fratelli (cfr. punto. No. 2 della perizia). Nemmeno nel 2006 il dr. _____ aveva riscontrato una perdita d'integrazione sociale. Certo che nel rapporto 15 marzo 2010 del SMR il disturbo di somatizzazione (anche qui senza classificazione IDC 10) è stato indicato, tuttavia come diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. AI 271).

2.7.2. Quanto alla residua capacità lavorativa, non riscontrando rispetto alla perizia SAM

un sostanziale peggioramento della condizione psichica, il dr. _____ ha di conseguenza confermato, condividendolo, il grado d'inabilità lavorativa valutato dal dr. _____ nella perizia 20 febbraio 2006. Il ricorrente ha in sostanza ripreso le perplessità espresse dal dr. _____ nello scritto 2 giugno 2009 in merito alle conclusioni del dr. _____ riguardo alla capacità lavorativa: "... inoltre le conclusioni a cui era giunto il dottor _____ erano contraddittorie e quindi da chiarire: egli riteneva il ricorrente inabile (oppure abile?) al 25% (inabilità lavorativa 20-30%) ma al contempo riteneva che il signor RI 1 potesse iniziare un'attività nella misura del 50% (quindi con un'inabilità del 50%) per arrivare a raggiungere il 70% (quindi un'inabilità lavorativa del 30%" (cfr. ricorso p. 6). Occorre qui ricordare che le decisioni 1 e 23 febbraio 2007, mediante le quali all'insorgente è stato riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita a decorrere dal 1° gennaio 2005 sono cresciute in giudicato incontestate. Per questi motivi, questo Tribunale non può esaminare la validità o meno della perizia 20 febbraio 2006 del dr. _____, fondamento delle succitate decisioni. Ciononostante, in via abbondanziale va detto che le conclusioni del succitato specialista non appaiono contraddittorie. In esito alla valutazione psichiatrica, il dr. _____ aveva infatti valutato "un'inabilità lavorativa nella misura del 20 a 30%", ipotizzando che "per quel che riguarda un'eventuale ripresa lavorativa, se un giorno riuscisse a concretizzare i suoi disturbi in modo più preciso, dal punto di vista psichiatrico credo che possa addirittura svolgere un'attività adeguata alla sua situazione anche nella misura del 50% o 70%". Non si tratta, come sostenuto dallo psichiatra curante, di un errore di battitura nel senso di inabilità del 20 - 30% in luogo di abilità. Del resto i periti del SAM avevano ritenuto importante che lo psichiatra curante stimolasse l'assicurato a rientrare nel mondo lavorativo, raccomandazione che non avrebbe avuto senso se effettivamente l'assicurato fosse stato abile al lavoro nella misura del 20-30%. In queste circostanze, visto lo stato psichiatrico invariato, il dr. _____ ha retamente fatto riferimento alle conclusioni della perizia del dr. _____. 2.7.3. L'assicurato ha inoltre sostenuto: " (...) Un'ulteriore contraddizione nella perizia del dottor _____ datata 16 febbraio 2010 la si trova a pagina 7, al punto C "conseguenze sulla capacità d'integrazione" dove leggiamo: " Sulla base delle precedenti, fallimentari, esperienze in ambito riformativo e per la tendenza alla cronicizzazione del quadro psicopatologico obiettivato, eventuali programmi di integrazione professionale non avrebbero alcuna possibilità di successo." Di conseguenza, come già era stato accertato a più riprese negli anni scorsi (cfr. rapporto di riforma _____ del 30 aprile 2003, rapporto di valutazione della consulente IP signora _____ del 29 giugno 2005 a pagina 2 e 3, rapporto della psicologa signora _____ del

E. 21

luglio 2005 (pag. 3)) il signor RI 1 non è reinseribile professionalmente in un mondo del lavoro equilibrato e quindi è totalmente inabile al lavoro. In particolare la consulente IP signora _____ nel suo rapporto finale del 3 agosto 2005 si era espressa chiaramente a pagina 2: " Chiudo quindi il caso per impossibilità a procedere chiedendo l'attribuzione di una rendita intera," Pure i periti SAM, nel rapporto del 28 febbraio 2006 a pagina 14, concludevano sostenendo che il periziando necessitava di un riallenamento di alcuni mesi per poter rientrare nel mondo lavorativo. (...)" (Doc. I, pag. 10) Orbene, a mente del TCA, la succitata considerazione del dr. _____ vanno piuttosto lette in un contesto di riforma professionale che non ha avuto l'esito sperato. Non va infatti dimenticato che nel rapporto 29 agosto 2006 il consulente in integrazione professionale, tenuto conto delle risultanze del SAM e del profilo socio-professionale dell'assicurato, aveva elencato le

attività esigibili, quelle di tipo leggero e poco qualifiche e che di conseguenza non necessitava di una riqualifica professionale (doc. AI 182-3). Fondandosi su questa valutazione, l'Ufficio AI ha emesso le decisioni 1 e 23 febbraio 2007, cresciute in giudicato.

2.7.4. Per i succitati motivi, ritenuto come la perizia del _____ rispecchi tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesta della giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alla stessa va conferito valore probatorio pieno.

2.8. Dal punto di vista somatico, l'assicurato ha evidenziato: " (...) Con la perizia SAM del 28 febbraio 2006 era stato accertato che il signor RI 1 soffriva di una sindrome lombovertebrale cronica in dorso piatto con pregressa discectomia lombare L4-L5 a sinistra, una protrusione discale L4-S1, osteocondrosi, irritazione cronica radicolare L5 a sinistra. Il dottor _____ nel suo rapporto del 2 aprile 2007 indicava la presenza di una sindrome dolorosa cronica e segnalava lo sviluppo di importanti problemi depressivi. Il dott. _____ (scritto 30 novembre 2007) ha rilevato problemi anche a livello delle faccette articolari L5/S 1 ed ha proposto di intervenire con un'infiltrazione. Inoltre riteneva che a causa delle condizioni cliniche del paziente non fosse possibile intervenire chirurgicamente. Segnalava poi la comparsa di problemi neurovegetativi associati a disturbi addominali. L'amministrazione avrebbe quindi dovuto valutare lo stato di salute fisico essendo lo comparse nuove patologie invalidanti sia dal lato reumatologico che da quello neurologico. (...)" (Doc. I, pag. 11) Tale valutazione è stata fatta, avendo con annotazioni 13 settembre 2010 il SMR osservato che " per quanto riguarda il lato somatico confermo i rapporti dei dottori _____, _____ e _____ mostrano un quadro di cronicità senza evoluzione rispetto alla valutazione SAM" (V). Al riguardo va fatto presente che le diagnosi poste dal dr. _____ nel rapporto 2 aprile 2007 sono le stesse risultanti dalla perizia SAM 28 febbraio 2006, in particolare dal referto ortopedico 8 febbraio 2006 del dr. _____. Anche la problematica a livello L5/S1 rilevata dal dr. _____ nel rapporto 30 novembre 2007 era già nota al perito del dr. _____, il quale al punto 6 aveva dettagliatamente descritto la sintomatologia lombare, questo nonostante la discectomia lombare L4/L5 a sinistra eseguita nel 2000 a causa della sintomatologia irritativa e leggermente compressiva della radice lombare L5 (doc. AI 165-26).

2.9. In conclusione, visto quanto sopra, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'assenza di una modifica dello stato di salute psichico e fisico dell'assicurato, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dall'insorgente. Al riguardo, va fatto presente che se 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Ne consegue che a ragione l'Ufficio AI ha rigettato la domanda di revisione. Confermata la decisione contestata, il ricorso deve essere respinto.

2.10. 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 fr. 500.-- vanno

poste a carico del ricorrente, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 1.4). 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, in relazione con l'art. 69 LAI, 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, Basilea, ad art. 61, n. 86, p. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s; SVR 2004 no. 5 p. 17 consid. 2.1; cfr. anche STFA I 134/067 maggio 2007 consid. 5.1) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria [in seguito: 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA I 447/04 del 2 marzo 2005 consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza nuovamente confermata nella STF 8C-399/2007 del 23 aprile 2008). Nella fattispecie, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dalla documentazione allegata, risulta che l'assicurato vive con la moglie e due figli (nati nel 1996 rispettivamente nel 2001). La famiglia è al beneficio di una prestazione complementare dell'AI di fr. 1'540.-- al mese per sopperire al fabbisogno minimo del nucleo familiare. L'assicurato non possiede sostanza tranne un veicolo del 2000 senza valore commerciale un'assicurazione sulle vite con un valore di riscatto di fr. 16'191.--, computati nel calcolo della prestazione complementare. In queste circostanze la situazione d'indigenza appare data. L'insorgente non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale (in casu l'avv.ssa _____ della RA 1 è iscritta nel registro degli avvocati con indirizzo professionale presso il citato centro di RA 1) appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non poteva essere considerato privo di esito favorevole. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, 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

l'insorgente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico nella misura della rispettiva soccombenza in lite (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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