

TI_GERICHTE 32.2011.171 vom 12. Mai 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-05-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.171

FR: TI_GERICHTE 32.2011.171 du 12 mai 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.171 del 12 maggio 2011

Regeste

Decisione con la quale UAI ha attribuito all'assicurato, in sede di nuova domanda, 1/4 di rendita AI non è corretta e va modificata con l'attribuzione di 3/4 di rendita. Reddito da valido va stabilito su base statistica, dato che ultimo salario, percepito solo per pochi mesi, non è rappresentativo

Erwägungen

E. 11

e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. 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 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). 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)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." 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 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I

148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich 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., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Questa giurisprudenza è stata confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C_830/2007 del 27 luglio 2008, vedi anche la sentenza 9C_382/2008 del 22 luglio 2008. Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (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, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (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 (sentenza citata del

E. 12

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich 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.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 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). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.4. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha ritenuto opportuno far esperire una perizia pluridisciplinare affidata ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). L'aspetto reumatologico è stato valutato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 28 ottobre 2010, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "1. sindrome cervicovertebrale cronica in alterazioni degenerative del rachide cervicale (condrosi C4/C5, osteocondrosi C5/C6 con spondilosi anteriore ed uncartrosi plurisegmentali); disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con scoliosi sinistroconvessa); sbilancio muscolare; 2. sindrome lombospondilogenica cronica con componente radicolare irritativa S1 a sinistra in osteocondrosi con spondilosi anteriore L5/S1 in esiti da discectomia L5/S1 a sinistra nel 1998; esiti da frattura vertebrale L1, curata conservativamente; disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con leggera anteflessione globale della colonna vertebrale in

toto, scoliosi sinistroconvessa dorsale); decondizionamento e sbilancio muscolare; 3. gonalgia anteriore a sinistra di non chiara eziologia”, mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha indicato quella di “condrocalcinosi probabile” (doc. 81-33). Il dr. _____ ha rilevato che, “sebbene venga fatta valere una sintomatologia algica rilevante, l’assicurato non assume farmaci analgesici e non segue un programma di fisioterapia specifico”, aggiungendo che “in merito il reumatologo curante nell’ottobre 2009 consigliava, in caso di esacerbazione, un’infiltrazione peridurale di steroidi ed eventualmente un approccio infiltrativo segmentale a livello lombare” e che “sul piano fisioterapico è sicuramente auspicabile un riequilibrio della muscolatura” (doc. 81-35). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l’assicurato abile al lavoro a tempo pieno, ma con un rendimento ridotto del 10%, sia nella sua ultima attività di autista - a condizione che “non debba partecipare al carico e scarico della merce, che le trasferte non superino i 30 minuti senza possibilità di fermarsi e cambiare posizione, premesso che i limiti funzionali e di carico citati sopra siano pienamente soddisfatti” - sia in altre attività leggere e rispettose dei suoi limiti funzionali, a decorrere dal mese di ottobre 2009 (doc. 81-35). L’aspetto neurologico è invece stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 9 novembre 2010, poste le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di “sindrome lombovertebrale cronica con stato dopo intervento di discectomia L5/S1 a sinistra, attualmente senza rilevanti deficit radicolari diffusi; tremore verosimilmente di tipo essenziale rispettivamente tremore fisiologico aumentato”, ha considerato l’assicurato, dal profilo strettamente neurologico, abile al lavoro al 100% (doc. 81-38). L’aspetto psichico è, infine, stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 25 novembre 2010, ha posto le diagnosi di “disturbo di personalità misto (ICD10-F61.0) dipendente, evitante, persecutorio; sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD10-F33.0)” (doc. 81-26). Il dr. _____ ha indicato che “sebbene la sindrome depressiva sia lieve da un punto di vista fenomenologico, la regressione dell’apparato psichico con un’alterazione del comportamento, l’elevata tensione continua e la parziale alterazione delle funzioni volitive e cognitive rende il quadro nel suo complesso con una considerevole compromissione sulla sua capacità lavorativa” (doc. 81-26). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l’assicurato inabile al lavoro al 60% (doc. 81-27). A proposito dell’evoluzione dello stato di salute dell’interessato, il dr. _____ ha rilevato che, “in concordanza con quanto descritto dalla dr.ssa _____, l’assicurato ha presentato un’incapacità lavorativa del 100% dal 12 agosto 2009, una incapacità del 50% dal 9 ottobre 2009. In seguito, dal 3 marzo 2010, ha presentato di nuovo un peggioramento del quadro clinico come descritto dalla collega. Non sono d’accordo con il suo punto di vista in quanto da allora ha attestato una totale incapacità lavorativa. Dal mio punto di vista ancora sono presenti delle funzioni residuali quali le funzioni biologiche, cognitive e volitive che comportano in lui una incapacità lavorativa pari al 60%. Pertanto dal 3 marzo 2010 egli presenta una incapacità lavorativa del 60%” (doc. 81-27). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 17 dicembre 2010, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell’assicurato presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “1. disturbo di personalità misto (ICD10-F61.0) dipendente, evitante, persecutorio; 2. sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); 3. sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD10-F33.0); 4. sindrome lombospondilogenica cronica con possibile

componente radicolare irritativa intermittente S1 a sinistra in osteocondrosi con spondilosi anteriore L5-S1 in esiti da discectomia L5-S1 a sin nel 1998, attualmente senza rilevanti deficit radicolari residui; esiti da frattura vertebrale L1 nel 1983, curata conservativamente; disturbi statici del rachide (appiattimento della colonna dorsale con leggera anteflessione globale della colonna vertebrale in toto, scoliosi sinistroconvessa dorsale); decondizionamento e sbilancio muscolare; 5. gonalgia anteriore a sin. di non chiara eziologia; 6. sindrome cervicovertebrale cronica in alterazioni degenerative del rachide cervicale (condrosi C4-C5, osteocondrosi C5-C6 con spondilosi anteriore e uncartrosi plurisegmentali); disturbi statici del rachide (appiattimento della colonna dorsale con scoliosi sinistroconvessa); sbilancio muscolare”, mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “tremore verosimilmente di tipo essenziale, rispettivamente tremore fisiologico aumentato; condrocalcinosi probabile; dislipidemia; tabagismo” (doc. 81/15-16). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurato abile al lavoro al 40% nell’attività da ultimo esercitata di autista (lavoro a tempo pieno, ma con una diminuzione del rendimento del 60%) (doc. 81-20), così come in altre attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 81-21), a partire dal 3 marzo 2010. I medici del SAM hanno sottolineato che “per il periodo precedente possiamo codificare una capacità lavorativa dello 0% dal 12 agosto 2009 per l’importante patologia psichiatrica necessitante un ricovero presso la Clinica _____. Per il periodo dal 9 ottobre 2009 al 2 marzo 2010 possiamo codificare una capacità lavorativa del 50% per un parziale miglioramento della patologia psichiatrica. A partire dal 3 marzo 2010 l’assicurato ha di nuovo presentato un peggioramento dello stato psichico, con capacità lavorativa come sopra descritta” (doc. 81-21). Nel rapporto medico del 3 gennaio 2011, la dr.ssa _____ del SMR, spec. in medicina del lavoro (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha confermato le percentuali di incapacità lavorativa dell’interessato stabilite dai medici del SAM (doc. 83-2). In sede di osservazioni contro il progetto di decisione del 26 gennaio 2011 dell’UAI di assegnazione di un quarto di rendita di invalidità a partire dal 1° agosto 2010, l’assicurato ha prodotto il seguente referto medico, del 14 febbraio 2011, redatto dalla sua psichiatra curante, dr.ssa _____: " Ho preso visione del rapporto peritale redatto in data 25.11.2010 dal dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia di _____ per il Servizio di accertamento medico del Centro Peritale. Mi preme fare le seguenti osservazioni. Nello stato psichico il collega segnala una modalità del paziente distaccata ed evitante sia nel contatto visivo sia nel rapporto interpersonale (vedi pag. 2 del rapporto peritale); una tonalità dell’umore orientato verso il polo negativo (vedi pag. 3 del suo rapporto); una quota d’angoscia lieve; un’ansia libera molto elevata; un’alterazione dell’attenzione, della concentrazione e della memoria sia di rievocazione sia di fissazione; segni di stanchezza mentale dopo 45 minuti di colloquio; un contenuto del pensiero incentrato sulla sua attuale sofferenza psicologica e fisica. Rileva inoltre che “il suo comportamento è chiaramente evitante e ritualistico in modo compulsivo; le funzioni volitive sono diminuite dopo la scomparsa della madre” (vedi pag. 3 del rapporto peritale). Alla pag. 4 del rapporto peritale pone diagnosi di “disturbo di personalità misto (ICD10-F61.0) dipendente, evitante, persecutorio; sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD10-F33.0). La diagnosi di sindrome depressiva ricorrente da lui diagnosticata è fatta senza alcuna precisazione del numero di episodi finora sviluppati, della loro durata, della loro evoluzione, della presenza o dell’assenza di sintomi residui nella fase intercritica (dato

ormai riconosciuto da tutti gli psichiatri come estremamente sfavorevole nell'evoluzione delle sindromi depressive ricorrenti e come invalidante) non è adeguata né approfondita. Il paziente negli ultimi episodi depressivi non ha presentato alcuna remissione dei sintomi clinici nelle fasi intercritiche, permaneva una sindrome astenica ed un disturbo del sonno e la fase eutimica non è più stata raggiunta tra i singoli episodi. Come ben noto le sindromi depressive ricorrenti senza remissione clinica interepisodica hanno un decorso sfavorevole e invalidante. Sicuramente condivisibile l'affermazione del collega che l'elevata tensione continua e la parziale alterazione delle funzioni volitive e cognitive rende il quadro nel suo complesso con una considerevole compromissione della sua capacità lavorativa. Dissento rispetto al grado dell'attuale episodio che non è di lieve bensì di media gravità (vedi la descrizione del quadro psichico e dei disturbi soggettivi riportati in perizia). Nella sua valutazione (pag. 4) riferisce che la sindrome somatoforme da dolore persistente non adempie i criteri di Förster. Ciò può essere contraddetto dalle seguenti osservazioni. 1) innanzitutto la sintomatologia dolorosa riferita dal paziente è presente da anni (vedi rapporti del dr. med. _____ di _____); è stata resistente ai trattamenti posti in atto; è stata di evoluzione sfavorevole. 2) la stessa è associata ad una patologia psichiatrica grave (sindrome depressiva ricorrente, disturbo di personalità misto) e ha compromesso le sue prestazioni in ambito sociale e lavorativo. La valutazione da lui fatta appare superficiale e non dettagliata. Non è ravvisabile il ragionamento attraverso il quale arriva a quantificare un 60% di incapacità lavorativa del paziente, percentuale che viene posta lì senza alcuna giustificazione. Ritengo superficiale la sua conclusione e poco strutturato il suo rapporto, meritevole di un approfondimento alla luce del fatto che la sintomatologia depressiva presentata dal paziente è ulteriormente aggravata da gravi aspetti fobici con preoccupazione costante di sviluppare un grave morbo di Parkinson, diagnosi non esclusa dal Prof. _____ neurologo dell'OCL che ha introdotto in terapia Akineton non per correggere gli effetti collaterali farmacologici (il paziente non assume alcun neurolettico) ma per il disturbo extrapiramidale che il paziente presenta (tremori). Il paziente proviene da una famiglia con diversi membri affetti dal morbo di Parkinson; presenta un tremore evidente alle mani, riferisce rigidità nei movimenti e vive con il costante terrore di sviluppare tale malattia in forma grave senza possibilità di accudimento intrafamiliare avendo solo un fratello sposato con figli con cui non ha un rapporto confidenziale ed un padre anziano. Il suo ragionamento resta impregnato su tali tematiche e determina durante il giorno difficoltà di concentrazione e attenzione e durante la notte incubi con risvegli frequenti che associati ai deficit psicologici imputabili al quadro depressivo impediscono al paziente di dare coerenza e continuità ad una qualunque attività lavorativa. Ritengo che il paziente presenti una patologia psichiatrica grave nel suo complesso dovuta alla comorbidità di un episodio depressivo la cui entità non è sicuramente di grado lieve (non si capisce come dallo stato psichico da lui rilevato possa giungere a tale conclusione; vi è un'evidente incoerenza tra quanto oggettivato e quanto desunto), di una sindrome somatoforme grave associata ai criteri di Förster. L'evoluzione della malattia psichiatrica di cui è affetto durante questo periodo di presa a carico è stata sfavorevole: la depressione si presenta come resistente al trattamento e con un decorso cronico. Ritengo pertanto, alla luce delle mie osservazioni, necessario un ulteriore approfondimento e un chiarimento rispetto alla percentuale di incapacità lavorativa. Considero il paziente tuttora inabile al lavoro al 100%. Non è infatti accettabile la definizione di un'incapacità lavorativa dapprima, come esplicitato a pag. 5 dal perito, del 100% dal 12 agosto 2009 e successivamente al 50% senza che mai durante il decorso spieghi per quali motivi la stessa sia diminuita dal 9 ottobre 2010. Dal 3 marzo

2010 il collega riferisce che il paziente ha presentato un ulteriore peggioramento del quadro clinico, come da me descritto, ma non concordo su quanto da lui concluso e cioè che dal 3 marzo 2010 il paziente presenti un'incapacità lavorativa del 60% a tuttora. Tanto più che il perito afferma che "la sintomatologia regressiva unita alle alterazioni parziali delle funzioni cognitive, l'ansia (pag. 6) determinano una riduzione della sua resistenza, della continuità, della velocità e della caricabilità lavorativa". (Doc. 88/3-5) Nelle annotazioni del 6 aprile 2011, il dr. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale e FMH in medicina manuale, ha osservato: " La documentazione medica agli atti non giustifica alcun peggioramento dello stato di salute di quest'assicurato rispetto alla precedente valutazione medico-teorica, rispettivamente per quel che riguarda le diagnosi e la sintomatologia accusata dallo stesso paziente." (Doc. 94-1) 2.5. In sede ricorsuale, l'assicurato ha nuovamente criticato la decisione dell'UAI di attribuzione di un quarto di rendita a partire dal 1° agosto 2010, facendo presente che la presa di posizione del dr. _____ del SMR riguardo alle contestazioni espresse dalla sua psichiatra curante non può essere considerata pertinente, non essendo egli uno specialista in materia (doc. VII). Al riguardo, la dr.ssa _____, psichiatra del SMR, ha ritenuto opportuno interpellare i medici del SAM, chiedendo le seguenti precisazioni: " L'assicurato ha inoltrato ricorso contro la decisione AI basatasi sulle conclusioni della perizia SAM del 17 dicembre 2010. In particolare, nel ricorso (vedi doc. allegato del 14.06.2011) viene contestata la perizia psichiatrica redatta dal dr. _____. I punti critici sollevati sono rappresentati da: - assente raccolta anamnestica da parte del perito psichiatra che si è basato sui data anamnestici raccolti dalla dr.ssa _____ - non specificazione per quanto riguarda la diagnosi di s. depressiva ricorrente delle sue caratteristiche (frequenza, numero di episodi, durata dei periodi intercritici) - non indicati i motivi per i quali il perito SAM si discosta dalle valutazioni della psichiatra curante in merito alla gravità dell'episodio depressivo rilevato - criteri di Foerster non sufficientemente spiegati - evoluzione dello stato di malattia. Inoltre, agli atti è presente rapporto medico della dr.ssa _____ del 14.02.2011 vedi documento allegato) che aggiunge le proprie osservazioni circa la valutazione psichiatrica del dr. _____. Riteniamo quindi opportuna una presa di posizione da parte del vostro perito psichiatra al fine di potere chiarire le osservazioni poste." (Doc. X/1) Con scritto del 3 ottobre 2011, indirizzato ai medici del SAM, il dr. _____ ha osservato: " In data 4.11.2010 ho avuto modo di esaminare la persona summenzionata nell'ambito di una valutazione peritale. Nel suo scritto del 19.9.2011 mi chiede una presa di posizione in merito al ricorso inoltrato dall'assicurato. In particolare mi viene chiesto di esprimere la mia posizione rispetto ai punti critici sollevati dalla dr.ssa _____, la sua attuale psichiatra curante. Per quanto riguarda la documentazione medica da me esaminata mi soffermo in particolare sui rapporti che la collega dr.ssa _____ aveva stilato, oltre alla lettera di dimissione dalla Clinica _____, dove l'assicurato è stato degente dal 17.8.2009 al 14.9.2009. Nel suo rapporto medico AI del 10.11.2009 la collega ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD10-F43.22) e disturbo di personalità misto (ICD10-F61.0) evitante diffidente. Non ha espresso alcuna diagnosi psichiatrica per quanto riguardava la sindrome somatoforme da dolore persistente, aggiungendo che per le diagnosi fisiche rimandava al medico curante dr. _____ e al dr. _____, reumatologo. In tale rapporto ha attestato una incapacità lavorativa del 100% dicendo che la prognosi appariva al momento sfavorevole. Nel suo rapporto medico AI del 4.3.2010 attesta che su insistenza dello stesso assicurato ha assecondato il suo desiderio di lavorare e che pertanto ha attestato una incapacità lavorativa del 50% dal 9.10.2009. Poi dopo un'esperienza

fallimentare sul posto di lavoro ha ritenuto l'assicurato inabile nella misura del 100% dal 3.3.2010 in avanti. Alla luce di quanto riportato dalla collega nei suoi documenti, vanno realizzate diverse considerazioni per capire il modo in cui come perito arrivo alle mie conclusioni. Dal mio punto di vista il quadro clinico che presenta l'assicurato è compatibile con una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, nell'ambito di un disturbo di personalità. Ho posto l'accento nella mia valutazione sul fatto che è questo aspetto personologico del soggetto quello che condiziona in maggiore misura la sua capacità lavorativa. Inoltre la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente è riconosciuta da un punto di vista giuridico una malattia invalidante. Per questo motivo, in considerazione della durata del quadro depressivo e della prognosi che reputo sia stazionaria e riservata a lungo termine, ho ritenuto necessario porre tale diagnosi ai sensi della giurisprudenza. Non ho analizzato nel dettaglio i periodi di recrudescenza, né quelli intercritici della malattia depressiva, in quanto va compresa soprattutto la lunga durata della sintomatologia e soprattutto il processo regressivo facilitato dal disturbo di personalità di base che presenta l'assicurato. Fenomenologicamente il quadro depressivo non è grave perché non è constatabile una grossa compromissione del tono dell'umore, né delle funzioni del pensiero, né quelle volitive tipiche dei decorsi gravi e sfavorevoli. La collega _____ invece ha posto come diagnosi la sindrome da disadattamento che per la giurisprudenza non ha alcun valore di malattia invalidante. Nel suo secondo rapporto non mi risulta che abbia posto una diagnosi, sebbene abbia dichiarato un peggioramento del quadro clinico. Inoltre va sottolineato un aspetto per quanto riguarda la gravità dichiarata dalla collega. Il fatto che la collega abbia accettato di porre l'assicurato in malattia nella misura del 50% parla a favore che la stessa non reputava che l'assicurato presentasse un grave quadro psicopatologico, altrimenti non avrebbe affatto accettato che l'assicurato stesso facesse una ulteriore "prova" lavorativa. Inoltre va sottolineato che in nessuno dei suoi rapporti la collega ha posto la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente, per poi fare un'osservazione sulla diagnosi da me posta in cui ho riconosciuto una componente somatoforme del quadro psicopatologico. La collega afferma che la sindrome somatoforme da dolore persistente che presenta l'assicurato adempie i criteri di Förster. Dissento con la dr.ssa _____ perché da un punto di vista fenomenologico la sintomatologia algica della quale si lamentava l'assicurato non è apparsa né eclatante, né importante al momento della mia esplorazione. Egli ha mantenuto una attitudine evitante e distaccata ma non ha espresso segni chiari di sofferenza algica (ad esempio attraverso l'adozione di misure antalgiche o gesti di dolore). Inoltre, sebbene si tratti di una sintomatologia cronica e che è apparsa resistente ai trattamenti, non è così rilevante per riconoscere un carattere di gravità. Questa mia osservazione clinica è stata poi esaminata in dettaglio dal collega dr. _____ nella sua valutazione peritale ed infatti il collega ha valutato che l'assicurato sarebbe in grado di lavorare 8-9 ore al giorno, con un rendimento diminuito nella misura del 10%. In contrasto con il collega _____ che valutava una incapacità lavorativa del 50%. La sintomatologia algica non incide sulla vita privata dell'assicurato in quanto egli continua a realizzare una vita caratterizzata da spostamenti fuori casa per fare spese, per trovare persone nell'ambito del suo nucleo di parenti, per fare visite periodiche alla casa anziani dove è ospite suo padre e al cimitero ecc. inoltre è in grado di eseguire alcuni compiti casalinghi da solo e il suo comportamento evitante e passivo è la conseguenza del suo disturbo di personalità e non è secondario al dolore. Per quanto concerne le date da me riconosciute d'incapacità lavorativa, va detto che si tratta di uno sforzo teorico che ho dovuto realizzare, in quanto parto dal principio che la valutazione del grado di incapacità

lavorativa che presentava l'assicurato al momento della mia osservazione non era affatto totale, bensì nella misura del 60%. Pertanto, non avendo altri elementi informativi se non quelli dei documenti stilati dalla collega, ho riconosciuto le date da lei riportate ma non ho riconosciuto un peggioramento così grave come lei ha attestato nel suo ultimo rapporto. Per quanto concerne gli aspetti anamnestici da me riportati nella mia perizia, sebbene molto succinti, esprimono in modo essenziale e chiaro il fatto che la sofferenza che presenta l'assicurato è la risultante di un processo di lutto patologico nell'ambito di un legame simbiotico con la madre. Da quanto da me esposto ritengo e ribadisco che l'assicurato presenta una incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche nella misura del 60% in quanto si tratta di un processo regressivo parziale dell'apparato psichico e ancora sono conservate parzialmente diverse funzioni di esso. Non si tratta di un processo depressivo grave con aspetti psicotici, né si evidenzia un massiccio processo regressivo dell'apparato psichico." (Doc. XII/3) La dr.ssa _____ e la dr.ssa _____ del SAM, nello scritto del 13 ottobre 2010 di risposta alle richieste del SMR, dopo avere ripreso per esteso quanto indicato dal dr. _____ nel suo scritto del 3 ottobre 2011, hanno concluso: "Concordiamo con la esaustiva risposta da parte del nostro perito psichiatrico, sottolineando, anche da parte nostra, come le osservazioni della dr.ssa _____ siano contraddittorie. Infatti la diagnosi di reazione mista ansioso-depressiva posta durante la degenza ad _____ (v/rapporto 15.09.2009) e ribadita dalla stessa dr.ssa _____ nel suo rapporto medico AI del 10.11.2009 e del 4.3.2010 (ICD10-F43.22) è per definizione una diagnosi che viene utilizzata quando i sintomi depressivi e ansiosi non sono di per sé tali da giustificare una diagnosi a sé stante, e inoltre è una diagnosi che viene posta in relazione ad un periodo di malattia ben determinato nel tempo." (Doc. XII/2) Nelle annotazioni del 18 ottobre 2011, la dr.ssa _____ del SMR ha osservato: " 13.10.2011 lettera del SAM: presa di posizione del dr. _____ riguardo ai punti critici contestati in corso di ricorso al TCA. Il dr. _____ spiega ed argomenta in maniera esaustiva la propria valutazione e le conclusioni a cui era giunto nella sua perizia, rispondendo in maniera puntuale alle osservazioni poste dalla psichiatra curante dell'assicurato. Pertanto si riconfermano le conclusioni alle quali si era giunti basate sulla perizia SAM del 17.12.2010." (Doc. XII/4) L'assicurato ha poi trasmesso al TCA un referto del 23 settembre 2011, indirizzato alla dr.ssa _____, redatto dal dr. _____, medico responsabile della Clinica _____, dove l'interessato è rimasto degente dal 2 settembre 2011 al 23 settembre 2011, del seguente tenore: " Motivo del ricovero: somatizzazioni dell'ansia in reazione a conflitti familiari, in paziente che soffre di sindrome depressiva ricorrente ed è noto per un precedente ricovero risalente al 2009. Dati anamnestici: non torniamo sull'anamnesi a voi ben nota. Anamnesi psicopatologica recente: il paziente riferisce sentirsi angosciato e depresso; afferma non sopportare il contatto sociale, al punto di essersi isolato. Sottolinea di voler "raggiungere la madre", deceduta nel 2009, ma non manifesta ideazioni suicidali strutturate. Senza lavoro dal 2009, riferisce di avere difficoltà a sopportare persone autoritarie come è stato il padre. Questa sua difficoltà l'avrebbe portato a più riprese a litigare con colleghi e datori di lavoro, al punto da perdere l'impiego. Egli è rivendicativo nei confronti della società e dell'AI che non gli riconosce appieno le sue difficoltà, al contempo nutre sentimenti di vergogna per essere a carico dell'assistenza. Stato psicopatologico all'entrata: lucido e orientato, la mimica improntata al pianto, durante il colloquio e a più riprese il paziente scoppia in lacrime. Sono presenti ruminazioni mentali incentrate sui rapporti familiari con sentimenti di rassegnazione alternati a sentimenti di rabbia e di rivalsa. Si rileva la presenza di ansia marcata e tono d'umore deflesso. Riferisce

isolamento sociale. Lamenta dolori cervicali. Diagnosi: sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media (F33.1) disturbo di personalità misti (F61.0) altre sindromi somatoformi (F45.8) affezioni dei dischi intervertebrali cervicali stato dopo intervento ernia discale lombare evoluzione e decorso: il paziente ha beneficiato di un trattamento combinato con misure farmacologiche, colloqui di sostegno e fisioterapia. L'evoluzione è stata positiva: abbiamo infatti riscontrato un graduale miglioramento dello stato psicofisico del paziente, sotto forma di diminuzione dell'ansia, miglioramento dell'umore, scomparsa dell'irritabilità e diminuzione dei dolori cervicali. Permane l'identificazione con la figura materna (vista come vittima e idealizzata) e la proiezione della propria aggressività sul padre e in genere sulle figure maschili. Ciononostante, di pari passo con una diminuzione dell'ansia, assistiamo ad un'evoluzione, sfociata anche con il riavvicinamento del paziente al fratello. Dimesso in data 23 settembre, in data 29 settembre il paziente verrà operato di emorroidectomia all'ospedale la _____.

Al laboratorio d'entrata riscontriamo un valore del colesterolo ben al di sopra della norma. Il paziente ci riferisce di non aver più preso la statina che aveva in terapia. Ci limitiamo quindi a prescrivere la statina da voi precedentemente introdotta." (Doc. G) 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e

uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 ; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann

offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...) 2.3 Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (ATF 137 V 232-233 e 236-237) 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: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con

il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato 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; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). 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 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 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). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del

ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale pluridisciplinare dei medici del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nel rapporto peritale del 17 dicembre 2010, i medici del SAM, tenuto conto delle affezioni somatiche e psichiche accertate in sede peritale, hanno ritenuto l'interessato inabile al lavoro al 60% sia nella sua precedente attività di autista (doc. 81-20), sia in altre attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 81-21), a partire dal 3 marzo 2010. Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni, che, del resto, non sono state smentite, quanto agli aspetti di natura somatica, da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Il TCA rileva, infatti, che l'assicurato non ha contestato, tramite la presentazione di nuovi certificati medico-specialistici, né la valutazione reumatologica del dr. _____, né quella neurologica del dr. _____. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). L'assicurato si è limitato a criticare le conclusioni peritali dei medici del SAM producendo un referto medico della dr.ssa _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 88/3-5). Nel referto del 14 febbraio 2011, la dr.ssa _____ ha espresso alcune critiche in merito alla valutazione peritale del dr. _____, ritenendo che l'assicurato sia affetto da “una patologia psichiatrica grave nel suo complesso dovuta alla comorbidità di un episodio depressivo la cui entità non è sicuramente di grado lieve, di una sindrome somatoforme grave associata ai criteri di Förster”, che comporta una incapacità lavorativa del 100% (doc. 88/3-5). A fronte di queste indicazioni della psichiatra curante, la dr.ssa _____ del SMR ha considerato necessario richiedere una presa di posizione direttamente da parte del dr. _____ (cfr. doc. X/1). Nel suo scritto del 3 ottobre 2011, il dr. _____, dopo avere risposto in maniera dettagliata e motivata alle critiche espresse dalla dr.ssa _____, ha confermato la correttezza della propria valutazione peritale, ribadendo che “l'assicurato presenta una incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche nella misura del 60% in quanto si tratta di un processo regressivo parziale dell'apparato psichico e ancora sono conservate parzialmente diverse funzioni di esso. Non si tratta di un processo depressivo grave con aspetti psicotici, né si evidenzia un massiccio processo regressivo dell'apparato psichico” (doc. XII/3). Il perito ha infatti rilevato, a proposito delle diagnosi psichiatriche dell'interessato, che “dal mio punto di vista il quadro clinico che presenta l'assicurato è compatibile con una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, nell'ambito di un disturbo di personalità. Ho posto l'accento nella mia valutazione sul fatto che è questo aspetto personologico del soggetto quello che condiziona in maggiore misura la sua capacità lavorativa. Inoltre la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente è riconosciuta da un punto di vista giuridico una malattia invalidante. Per questo motivo, in considerazione della durata del quadro depressivo e della prognosi che reputo sia stazionaria e riservata a lungo termine, ho ritenuto necessario porre

tale diagnosi ai sensi della giurisprudenza. La collega _____ invece ha posto come diagnosi la sindrome da disadattamento che per la giurisprudenza non ha alcun valore di malattia invalidante. Nel suo secondo rapporto non mi risulta che abbia posto una diagnosi, sebbene abbia dichiarato un peggioramento del quadro clinico” (doc. XII/3). Quanto al fatto contestatogli dalla psichiatra curante di non avere precisato il numero di episodi depressivi presentati dall’assicurato e la loro evoluzione nei periodi intercritici, il dr. _____ ha osservato di non avere “analizzato nel dettaglio i periodi di recrudescenza, né quelli intercritici della malattia depressiva, in quanto va compresa soprattutto la lunga durata della sintomatologia e soprattutto il processo regressivo facilitato dal disturbo di personalità di base che presenta l’assicurato” (doc. XII/3). A proposito della gravità della patologia psichiatrica segnalata dalla curante, il dr. _____ ha rilevato che “fenomenologicamente il quadro depressivo non è grave perché non è constatabile una grossa compromissione del tono dell’umore, né delle funzioni del pensiero, né quelle volitive tipiche dei decorsi gravi e sfavorevoli”. Lo specialista ha aggiunto che “il fatto che la collega abbia accettato di porre l’assicurato in malattia nella misura del 50% parla a favore che la stessa non reputava che l’assicurato presentasse un grave quadro psicopatologico, altrimenti non avrebbe affatto accettato che l’assicurato stesso facesse una ulteriore “prova” lavorativa” (doc. XII/3). Quanto alla diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente e ai criteri di Förster, il dr. _____ ha sottolineato che “la collega afferma che la sindrome somatoforme da dolore persistente che presenta l’assicurato adempie i criteri di Förster. Dissento con la dr.ssa _____ perché da un punto di vista fenomenologico la sintomatologia algica della quale si lamentava l’assicurato non è apparsa né eclatante, né importante al momento della mia esplorazione. Egli ha mantenuto una attitudine evitante e distaccata ma non ha espresso segni chiari di sofferenza algica (ad esempio attraverso l’adozione di misure antalgiche o gesti di dolore). Inoltre, sebbene si tratti di una sintomatologia cronica e che è apparsa resistente ai trattamenti, non è così rilevante per riconoscere un carattere di gravità. Questa mia osservazione clinica è stata poi esaminata in dettaglio dal collega dr. _____ nella sua valutazione peritale ed infatti il collega ha valutato che l’assicurato sarebbe in grado di lavorare 8-9 ore al giorno, con un rendimento diminuito nella misura del 10%. In contrasto con il collega _____ che valutava una incapacità lavorativa del 50%. La sintomatologia algica non incide sulla vita privata dell’assicurato in quanto egli continua a realizzare una vita caratterizzata da spostamenti fuori casa per fare spese, per trovare persone nell’ambito del suo nucleo di parenti, per fare visite periodiche alla casa anziani dove è ospite suo padre e al cimitero ecc. inoltre è in grado di eseguire alcuni compiti casalinghi da solo e il suo comportamento evitante e passivo è la conseguenza del suo disturbo di personalità e non è secondario al dolore” (doc. XII/3). A proposito dell’evoluzione dell’incapacità lavorativa dell’interessato, il dr. _____ ha rilevato che “la valutazione del grado di incapacità lavorativa che presentava l’assicurato al momento della mia osservazione non era affatto totale, bensì nella misura del 60%. Pertanto, non avendo altri elementi informativi se non quelli dei documenti stilati dalla collega, ho riconosciuto le date da lei riportate ma non ho riconosciuto un peggioramento così grave come lei ha attestato nel suo ultimo rapporto” (doc. XII/3). Infine, per quanto concerne gli aspetti anamnestici, il dr. _____ ha osservato che quelli “da me riportati nella mia perizia, sebbene molto succinti, esprimono in modo essenziale e chiaro il fatto che la sofferenza che presenta l’assicurato è la risultante di un processo di lutto patologico nell’ambito di un legame simbiotico con la madre” (doc. XII/3). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni espresse dal perito

del SAM e confermate dallo stesso SAM e dalla dr.ssa _____ del SMR. La risposta del dr. _____ ha dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C_203/2008 del 26 marzo 2009). Giova qui inoltre ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008, il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces méde-cins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dai medici del SAM. 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). In conclusione, rispecchiando la perizia dei medici del SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato presenta un'inabilità lavorativa del 60% sia nella sua precedente attività di autista, sia in qualsiasi altra attività adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali, a decorrere dal 3 marzo 2010. 2.8. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 40% 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. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui sono determinanti i dati del 2010. L'amministrazione ha applicato i dati del 2009, che vanno quindi aggiornati al 2010. 2.9. 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. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, 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 (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; 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). Nella presente fattispecie, nella decisione impugnata l'amministrazione ha indicato che, senza il danno alla salute, lavorando al 100% come autista, l'interessato avrebbe percepito nel 2009 fr. 43'200.--. La patrocinatrice ha contestato l'ammontare del reddito da valido calcolato dall'amministrazione, sottolineando come l'assicurato ha lavorato presso la ditta _____ unicamente per quattro mesi, dopodiché è stato licenziato per “problemi comportamentali”. La rappresentante dell'interessato ha inoltre fatto presente che “dal questionario per il datore di lavoro emerge chiaramente che all'inizio dell'inabilità lavorativa l'assicurato era già stato licenziato da questo datore di lavoro (fine del rapporto di lavoro per 30.4.2009) ed era iscritto in disoccupazione”. Tenendo anche conto del fatto che l'assicurato “dopo l'apprendistato (1983) fino al subentrare del danno alla salute (2009) ha cambiato ben 18 posti di lavoro, svolgendo le più svariate attività (autista, operaio generico, sicurezza, ispettore derrate alimentari, custode, scarico/carico pacchi)”, mantenendo questi posti di lavoro, in media, per non più di un anno, la patrocinatrice ha indicato che, a suo avviso, “si giustifica quindi ricorrere ai dati statistici, ossia alla categoria generale, livello di qualifica 4”, per un reddito pari a fr. 61'734 nel 2010 (doc. VII). Il TCA non ritiene corretto il modo di agire dell'amministrazione. Come peraltro rilevato dalla rappresentante dell'interessato, non è infatti possibile prendere in considerazione l'ultimo salario percepito dall'assicurato prima del danno alla salute, dato che, nel 2009, egli aveva lavorato come autista presso il suo ultimo datore di lavoro (ditta _____) solo per un breve periodo di pochi mesi (cfr. doc. 45). Inoltre, essendo difficoltoso stabilire il reddito da valido dell'assicurato (il quale ha svolto svariate attività), il TCA considera necessario fare riferimento ai dati statistici nazionali contenuti nella Tabella TA 1. Utilizzando i dati forniti

da questa tabella, l'assicurato, svolgendo nel 2008 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. 4'806. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella pubblicata sul sito web dell'Ufficio federale di statistica), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2010 (cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), un reddito annuo di fr. 61'728.35.

2.10. 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).

Utilizzando i dati forniti da questa tabella, l'assicurato, svolgendo nel 2008 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. 4'806. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella pubblicata sul sito web dell'Ufficio federale di statistica), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2010 (cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), un reddito annuo di fr. 61'728.35. Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico, l'assicurato può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute al 40%, il reddito statistico va ridotto del 60% e ammonta a fr. 24'691.35 (fr. 61'728.35 ridotti del 60%). 2.11. 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 una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. _____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa). 2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievore), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der

Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievor). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievor). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale - chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) - e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione

contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.12. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione dell'8% "per attività leggera". L'assicurato ha contestato questa percentuale di riduzione, a suo avviso troppo esigua, chiedendo che venga applicata la riduzione massima, del 25%, per tenere conto della situazione personale dell'interessato (cfr. doc. VII). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).» La percentuale dell'8% stabilita dal consulente, dopo avere analizzato tutti i possibili fattori di riduzione (attività leggere, riduzione della redditività, età e anni di servizio, nazionalità e permesso di soggiorno, tasso di occupazione; cfr. doc. 70-2), 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 137 V 71; DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Per un caso in cui il TF ha ritenuto di non apportare alcuna riduzione percentuale malgrado l'attività a tempo parziale, cfr. la sentenza del Tribunale federale STF 9C_780/2008 del 22 dicembre 2008, concernente il caso di un ingegnere, citata in precedenza. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2010, partendo da un salario da invalido di fr.

61'728.35 e ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 40%, ammettendo la riduzione dell'8%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 22'716.-- (fr. 24'691.35 - (fr. 24'691.35 x 8 : 100)) . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 61'728.35 (consid. 2.9.), emerge un tasso d'invalidità del 63.2%, arrotondato al 63% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto a tre quarti di rendita di invalidità. Visto quanto precede, la decisione impugnata va annullata, il ricorso parzialmente accolto e l'assicurato posto al beneficio di tre quarti di rendita di invalidità a decorrere dal 1° agosto 2010.

2.13. Parzialmente vincente in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPGGA).

2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- in misura di fr. 250.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 250.-- a carico del ricorrente.

2.15. L'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. II). Ritenuti l'esito della lite e il diritto a ripetibili parziali, tale richiesta, per quanto attiene alla parte per la quale l'insorgente è vincente in causa, è divenuta priva di oggetto (cfr. DTF 124 V 310 consid. 6; STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02; STFA dell'8 novembre 2001 nella causa F., U 134/99; STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T. contro INSAI e TCA, U 59/99; STFA del 2 agosto 1999 nella causa H.D contro UAI e TCA, I 360/97; STFA del 19 novembre 1998 nella causa S.S contro CCC, P 7/97 e STFA del 27 aprile 1998 nella causa INSAI contro A.C. e TCA, U 18/97). Per la parte del ricorso in cui il ricorrente è soccombente, egli può invece essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia le relative condizioni (cfr. DTF 124 V 301 consid. 6). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGGA 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 LPGGA 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, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). 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). Il ricorrente, nato il 17.04.1963, celibe, senza attività lucrativa, si trova nel bisogno. L'assicurato ha infatti dichiarato di percepire unicamente fr. 1'825.-- mensili dall'Ufficio del sostegno sociale (cfr. documentazione allegata al doc. E). Egli ha inoltre dichiarato di non possedere sostanza (cfr. certificato municipale, doc. E, allegato al doc. II). 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, per la parte del ricorso in cui il ricorrente è soccombente, va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPG; 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).

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