

## **TI\_GERICHTE 32.2017.158 vom 21. August 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-08-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.158](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.158)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.158 du 21 août 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.158 del 21 agosto 2017

### **Regeste**

Respinta la domanda di prestazioni in assenza di un grado di invalidità sufficiente. L'assicurato contesta e chiede un'ulteriore rivalutazione medica. TCA conferma decisione, in accoglimento però della domanda di assistenza giudiziaria

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Sindrome ansioso depressiva in trattamento farmacologico Anamnesi attuale: Trattasi di un paziente di 49 anni noto per una epatite C cronica ad evoluzione fibrotica in esiti di pregresso trattamento antivirale tramite interferone associato a Ribavirina nell'anno 2008 senza beneficio, che giunge alla nostra attenzione in data odierna per esser sottoposto ad una valutazione epatologica in merito alla nota patologia. Nega pregressi interventi chirurgici, e riferisce di essere in cura presso il Dr. M\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per una sindrome depressiva. Forte fumatore che riferisce un consumo quotidiano di alcool di 60-80 g. Non lamentea dolori, alvo e diuresi nella norma. (...). VALUTAZIONE E PROPOSTA DI PROCEDERE: Alla nostra valutazione eseguita in data 15.11.2017 ci siamo confrontati con un paziente in discrete condizioni generali che giunge alla nostra attenzione per essere sottoposto ad una valutazione epatologica in merito alla nota epatite C cronica con evoluzione fibrotica. Si prende visione degli esami ematici da noi effettuati che mostrano una macrocitosi associata ad una alterazione delle transaminasi e GGT, senza alterazioni della funzionalità renale. A tal proposito per indagare la reale causa alla radice dell'epatopatia citolitica e colestatica abbiamo deciso di approfondire il quadro richiedendo lo screening delle più comuni epatopatie, comprendenti cause metaboliche, virali ed autoimmuni. A tal proposito abbiamo osservato una iperferritinemia significativa associata ad una saturazione della transferrina del 54 % per la quale richiederemo a completamento la ricerca delle principali mutazioni per emocromatosi. Abbiamo rilevato una buona funzionalità epatica con valori normali di proteine totali, albuminemia, bilirubina ed ammoniemia, e non abbiamo osservato alterazioni a livello dei titoli anticorpali richiesti per escludere le principali epatopatie di carattere autoimmune. Abbiamo quindi eseguito un'ecografia dell'addome che ha mostrato una Steatosi di 1 grado associato ad una minima splenomegalia ed una litiasi della cistifellia, ed abbiamo sottoposto il paziente infine a valutazione mediante fibroscan che ha mostrato una verosimile progressione della nota fibrosi epatica del paziente fino ad un valore di carattere significativo. In virtù degli elementi da noi riscontrati, ed in particolare alla luce del quadro di epatite C cronica C con una elevata carica virale, prendiamo atto di un peggioramento del quadro epatologico del paziente che presenta un danno cronico legato al virus C combinato con un insulto cronico degli epatociti legato all'utilizzo cronico di etile. Tali elementi hanno contribuito a costituire un quadro di steatoepatite con evoluzione fibrotica significativa. Alla luce di tale

evoluzione, riteniamo indicato una terapia- antivirale eradicante mediante le nuove opzioni terapeutiche da poco disponibili ed eventuale esofagogastroduodenoscopia associata a colonoscopia di completamento. Una volta che saranno note tutte le indagini richieste, il caso verrà discusso in maniera multicollegiale e si deciderà se effettuare eventualmente un nuovo prelievo bioptico epatico. (...)” Nel successivo scritto del 5 dicembre 2017, i sanitari del medesimo \_\_\_\_\_ si sono rivolti all’assicurazione malattia dell’assicurato come segue: " (...) le scrivo in merito al vostro assicurato, portatore di un’epatite C da tanti anni. Nel 2008 avevamo fatto una cura con Interferone e Ribavirina che dovevamo sospendere dopo un po’ più di tre mesi per intolleranza. Il paziente nel frattempo ha sviluppato una fibrosi F4 su una scala da F0 a 4, motivo per cui si impone un trattamento a breve. Lui è portatore del genotipo 1° e la cura proposta consisterebbe nella somministrazione del medicamento Eplusa 1 compressa al giorno per una durata di terapia di 12 settimane. Le chiedo il benestare per la copertura del costo di tale terapia attraverso l’assicurazione di base. (...)” (doc. XVIII/1) Ora, tale documentazione attesta una possibile modifica delle condizioni dell’assicurato, segnatamente un peggioramento del quadro epatologico, intervenuta nel novembre 2017 e, quindi, in epoca successiva alla data della decisione contestata del 21 agosto 2017 - data che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3 ) -, ragione per cui la stessa non risulta di principio rilevante nella fattispecie. Ma a prescindere da questa circostanza, va detto che alla luce di quanto attestato dal medico SMR nell’Annotazione del 9 gennaio 2018 la stessa non permetterebbe comunque di scostarsi dalle conclusioni sulla capacità lavorativa tratte dall’amministrazione. Il medico SMR, al quale è stata sottoposta la documentazione degli specialisti in epatologia, ha in effetti osservato che, se dalla stessa emergeva la presenza di una epatite C cronica con indicazione a trattamento antivirale con i nuovi medicinali con una ottima probabilità di eradicazione del virus dell'epatite C, andava osservato che “ di regola questi nuovi trattamenti sono ben tollerati e non dovrebbero comportare una IL di rilievo durante il trattamento. Da notare una funzionalità epatica intatta, quindi non si giustifica un impedimento funzionale dal punto di vista epatico” (doc. XX/1). Del resto, la documentazione prodotta dall’insorgente non si esprime minimamente sulle eventuali possibili implicazioni sulla capacità lavorativa della patologia al fegato rispettivamente della terapia medicamentosa che verrà somministrata per dodici settimane (cfr. doc. XVIII/1). Anche tali certificati non consentono pertanto di dipartirsi dalle pertinenti conclusioni dell’amministrazione, tratte in base a approfondite valutazioni del CPAS e del SMR. Val qui pure la pena ancora di osservare, con riferimento a quanto esposto al consid. 2.4 e alla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (STF 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017), che i periti del CPAS non hanno applicato la presunzione secondo cui i disturbi psichiatrici possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile e non si sono limitati a rilevare che le problematiche psichiatriche di cui soffre l’assicurato non sono resistenti alla terapia, ma hanno verificato l’incapacità lavorativa del ricorrente sulla base di una valutazione puntuale ed oggettiva. In siffatte circostanze, le censure ricorsuali al riguardo della perizia psichiatrica del CPAS devono essere respinte. Non può in particolare essere seguito il ricorrente laddove contesta la valutazione delle risorse e dei deficit operata dai periti del CPAS secondo lo schema Mini ICF-APP (cfr. al consid. 2.5 per esteso), che ritiene troppo severa. Egli postula in particolare che il grado di disabilità delle posizioni “ rispetto delle

regole, organizzazione dei compiti, competenze, giudizio, persistenza, assertività, contatto con gli altri, integrazione nel gruppo” venga giudicato medio anziché lieve, mentre che quello nella competenza “ flessibilità ”, di livello importante anziché moderato. Ora, richiamato quanto dianzi esposto e ricordato come la valutazione del CPAS sia stata eseguita sulla base di un accurato e approfondito esame specialistico, andandole quindi conferita piena forza probatoria ai sensi della giurisprudenza (cfr. DTF 125 V 351), quanto addotto dall’insorgente, peraltro senza il supporto di alcuna specifica certificazione medico-specialistica, non permette di discostarsi dalle conclusioni dell’amministrazione. A ragione peraltro l’amministrazione, nella decisione impugnata, ha osservato che le considerazioni dell’insorgente sulla valutazione peritale e dei medici del SMR non contenevano “ elementi clinici oggettivi da valutare ma unicamente una presa di posizione soggettiva” . Occorre quindi concludere che l’assicurato ha contestato le conclusioni peritali senza produrre documentazione rilevante o fornire elementi che consentano in qualche modo a questa Corte di considerare inattendibile quanto attestato dal CPAS e dal SMR e, quindi, dall’Ufficio AI, dalle cui conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata non è quindi possibile dipartirsi. Né del resto l’assicurato ha prodotto documentazione attestante un danno alla salute d’entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o un peggioramento successivo alla perizia del CPAS e entro la data della decisione contestata (ribadito che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato; cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). 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). In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione del CPAS i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza, alla stessa va dunque attribuita piena forza probante. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell’assicurato sia stato approfonditamente vagliato dall’amministrazione, segnatamente dagli specialisti del CPAS, prima dell’emanazione della decisione qui impugnata (in concreto: il 21 agosto 2017) data che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e i riferimenti ). Del resto val la pena di nuovamente ribadire che le conclusioni del CPAS sono stata avallate integralmente anche dal SMR, il quale ha pure effettuato un esame approfondito della fattispecie. A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPGa - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell’art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono

quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In conclusione, rispecchiando la valutazione del CPAS e del SMR, unitamente alla documentazione agli atti, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6), richiamato pure l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del possibile discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti, 115 V 142 consid. 8b) che successivamente all'inizio del 2010 l'insorgente vada ritenuto abile in ogni attività lavorativa adeguata nella misura del 70%. La refertazione medica agli atti contiene quindi elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione della contestata, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Ne consegue che la richiesta del ricorrente di essere sottoposto ad una nuova valutazione psichiatrica (doc. I e IX) va respinta. 2.9. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto peraltro totalmente incontestato), l'Ufficio AI ha proceduto a determinare il conseguente grado di invalidità come segue: "(...) A seguito della valutazione medica abbiamo quindi proceduto al calcolo della sua perdita di guadagno. Citiamo a tal proposito l'art. 16 della LPGa (Legge federale sulla Parte Generale del diritto delle Assicurazioni sociali): "Per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido." Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta dall'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto d'indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TAI 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 (STFA 12 ottobre 2006 nella causa s., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Per quanto riguarda il suo salario senza invalidità si è dovuto procedere a considerarne uno statistico, secondo tabelle statistiche RSS elaborate dall'ufficio federale di statistica. Siccome il confronto per la

perdita di guadagno va fatto sempre con il salario sopracitato, ovviamente dedotto della percentuale d'incapacità lavorativa, se ne deduce che al tasso d'invalidità lavorativa succitato corrisponda, dunque, un grado d'invalidità della medesima entità. Il grado AI è pertanto del 30%, inferiore al minimo pensionabile del 40% dettato dall'art. 28 cpv. 1 LAI. Dopo aver trovato il grado, la pratica è stata affidata al nostro Servizio d'integrazione Professionale allo scopo di valutare se vi fossero provvedimenti professionali atti a ridurre il suo discapito economico. Lo stesso si esprime indicando che non vi sono provvedimenti idonei. Lo scrivente ufficio rimane però a disposizione per un aiuto al collocamento, unicamente previa sua richiesta scritta. (...)” (doc. AI 35) Tale valutazione merita di essere avallata. Considerato come l'assicurato non eserciti alcuna attività lavorativa regolare da tempo, la stessa si è correttamente fondata per quanto riguarda i salari di riferimento sui dati statistici, e meglio utilizzando i dati salariali evinti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica riferita al settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.), prendendo quindi in considerazione, quale reddito da valido, un importo di fr. 61'895.-- conseguibili nel 2011 svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4. Stante quindi, per il periodo successivo all'inizio 2010, una capacità lavorativa del 70% in un'attività adeguata, il reddito da invalido nel 2011 è stato fissato, sempre attingendo ai medesimi dati salariali statistici, in fr. 43'326. -- ( fr. 61'895 ridotti del 30% = fr. 43'326 ). Ritenuto pertanto, per il periodo dall'inizio 2010, un reddito ipotetico da valido, come detto, di fr. 61'895.-- e da invalido di fr. 43'326.--, si ottiene un grado d'invalidità del 30%  $[(61'895 - 43'326) \times 100 : 61'895 = 30\%]$  che non conferisce il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3). A ragione infine l'amministrazione ha negato l'attribuzione di provvedimenti professionali, e meglio sulla base della valutazione del consulente per l'integrazione professionale, il quale, nel rapporto 2 giugno 2017, ha, tra l'altro, considerato: " Stato di salute Il rapporto finale del SMR del 18.1 .2017, in riferimento alla perizia del gennaio 2017, certifica quanto segue: IL 30% (da intendere come riduzione del rendimento) in qualunque attività. Secondo le indicazioni mediche è indicata un'attività mobile, non stazionaria e ripetitiva e che non richieda l'uso della scrittura/lettura e che non richieda eccessiva precisione. Non ambiente conflittuale. Formazione scolastica e professionale Nessuna scolarità dell'obbligo risulta agli atti probabilmente in relazione all'appartenenza etnica e vita nomade. Inserimento c/o un collegio e in seguito ha intrapreso una formazione empirica di giardiniere c/o un Centro di formazione (1988 - 1989), successivamente ha trovato impiego come operaio presso un ditta e dal 1990 ha svolto attività di arrotino stagnino in proprio fino al 2008. Breve esperienza nel 2014 c/o la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ come operaio in un programma occupazionale di smontaggio e smistamento e aiuto magazzino. Proposte di chiusura del caso Tenuto conto dell'iter formativo e professionale dell'A. non si propongono provvedimenti professionali che si ritiene non consentirebbero di una maggiore reintegrazione lavorativa (e minor discapito economico). Il mercato del lavoro presenta un numero sufficiente di professioni compatibili con le limitazioni indicate in sede medica. Si tratta di professioni semplici e ripetitive che non richiedono conoscenze specifiche quale ad es. operaio addetto all'assemblaggio/produzione, aiuto magazzino, operaio in settore agricolo, etc. Su richiesta scritta da parte dell'A. può essere offerto un accompagnamento tramite l'aiuto al collocamento con la possibilità di beneficiare di un sostegno nella fase introduttiva in caso di assunzione nell'ambito dell'aiuto al collocamento. Si procede alla chiusura del mandato di reintegrazione -esame. (...)”(doc. AI 27) Sulla base di queste considerazioni

l'amministrazione, nella decisione impugnata ha quindi concluso che a ragione non vi erano provvedimenti professionali atti a ridurre il discapito economico, ritenuto tuttavia che l'ufficio AI rimaneva a disposizione, su richiesta, per un aiuto al collocamento. Va in proposito soltanto rilevato che la giurisprudenza federale ha in maniera costante già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3; cfr. in tal senso il rapporto del consulente professionale del 21 novembre 2016, doc. AI 193). Inoltre il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, possono reperire sul mercato generale del lavoro un'attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (vedi, tra le altre, la STCA 32.2014.44 del 20 gennaio 2015 consid. 2.8; 32.2013.157 del 29 settembre 2014 consid. 2.10.2.1; 32.2013.133 del 1. aprile 2014 consid. 2.8 e la 32.2013.117 del 4 febbraio 2014 consid. 2.9 e riferimenti). 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, l'Ufficio AI ha correttamente negato all'assicurato una rendita d'invalidità. La decisione contestata va quindi confermata, mentre che il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti 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 (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.11. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico del ricorrente, il quale tuttavia ha postulato l'esenzione dal pagamento delle spese di causa. 2.12. L'assicurato ha chiesto l'esenzione dal pagamento di tasse e spese processuali (cfr. art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono dati se il richiedente, non patrocinato da un avvocato, si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (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, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nel caso concreto, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria risulta che il ricorrente vive da solo, senza attività lucrativa, e al beneficio di prestazioni assistenziali. Inoltre, vista anche la documentazione prodotta, di primo acchito il ricorso non pareva poter essere considerato manifestamente privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la sua

concessione, l'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato va quindi concessa, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la sua situazione economica dovesse in futuro migliorare (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 che sarebbero a suo carico (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.