

TI_GERICHTE 32.2018.21 vom 8. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.21

FR: TI_GERICHTE 32.2018.21 du 8 janvier 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.21 del 8 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che " se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. 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.

E. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.5. Con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre, 2017 pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza

cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un' affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito 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. Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle recentissime STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.6. Nella presente fattispecie, a seguito della domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha incaricato il dr. med. _____ di espletare una perizia reumatologica. Dal relativo rapporto 12 ottobre 2016 il succitato specialista, esaminati gli atti presenti nell'incarto, dopo aver proceduto alla consueta anamnesi completa (personale, familiare, patologica, socio lavorativa, sviluppo delle malattie), alle costatazioni soggettive ed oggettive, ha diagnosticato: " (...) 7.1 con ripercussioni sulla capacità lavorativa · Sindrome da dolore somatoforme su/con: ■ DD nell'ambito della sindrome mista ansioso depressiva · Sindrome cervicospondilogenica cronica su/com: ■ Nell'ambito della I diagnosi ■ Insufficienza muscolare ■ Alterazioni degenerative con condrosi C4/C5, C5/C6 e C6/C7 uncartrosi a livello C4/C5 e C5/C6 ■ Turbe statiche con raddrizzamento della lordosi fisiologica · Sindrome lombospondilogenica cronica su/con: ■ Nell'ambito della I diagnosi ■ Insufficienza muscolare ■ Moderate alterazioni degenerative con condrosi L4/L5 e L5/S1 con protrusione discale e spondilartrosi allo stesso punto. 7.2 senza ripercussioni sulla capacità lavorativa · Stato dopo ulcera gastrica Forrest II e al cardias su verosimile componente mista medicamentosa e infettiva da Helicobacter pylori il 10.11.2015 · Ipertensione arteriosa trattata · Dislipidemia trattata." (pag. 180 inc. AI) Il perito ha poi proceduto alla discussione dei dati, valutando un'inabilità quale gessatore del 100% dal 15 settembre 2014 (pag. 183 inc. AI). In attività adeguate egli ha ritenuto: " (...) Per le limitazioni mi baso soprattutto sulle indagini radiologiche, visto che l'esame clinico è estremamente variabile (vedi punto 8.1). Ritengo che il paziente è abile al 100% in qualsiasi attività seduta, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori al 10 kg, dove non debba lavorare ripetutamente in anteflessione o a lungo sopra l'orizzontale con il collo in estensione, vale a dire più di 20 minuti; non ha difficoltà nei lavori di precisione leggeri. (...)" (pag. 183 inc. AI) Questo Tribunale non intravede motivi per discostarsi dalle succitate conclusioni. Né del resto in sede ricorsuale l'assicurato ha sollevato censura alcuna e tantomeno prodotto documentazione medica contrastante la valutazione peritale. Pendente causa, il 25 febbraio 2019 l'assicurato ha trasmesso il rapporto 6 febbraio 2019 del dr. med. _____ (XV/2). Sostanzialmente lo specialista ha posto le medesime diagnosi del perito (sindrome cervico vertebrale, sindrome lombovertebrale e tendenza al reumatismo alle parti molli), oltre all' "importante sindrome ansioso depressiva con disturbi del sonno" che non è di natura reumatologica. Egli ha quindi evidenziato che " difficilmente si può ottenere con questi reperti clinici e radiologici una modifica della valutazione eseguita dal Dr. med. _____. In particolar modo il paziente è già stato determinato inabile al lavoro nella forma completa per quanto riguarda la sua attività professionale. Un'attività lavorativa adatta era stata valutata ancora possibile, con una riduzione del rendimento del 25% (sottolineatura del redattore)". Occorre rilevare che il perito non ha quantificato una

riduzione di rendimento del 25% in attività adeguate, ritenendo invece, come visto sopra, una piena abilità. Fatto sta che il dr. med. _____ ha sostanzialmente confermato la valutazione peritale del suo collega reumatologo. 2.7. L'aspetto extra-somatico dell'assicurato è stato esaminato per conto del _____ dalla dr.ssa med. _____.

Con referto datato 27 ottobre 2016 (doc. 58 incarto AI) essa ha proceduto al consueto riassunto degli atti, all'anamnesi, all'esame clinico (secondo il sistema AMDP), alla descrizione della giornata, delle attività e delle abitudini, ponendo la diagnosi, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di disturbo dell'adattamento con umore depresso ad andamento prolungato (ICD 10 F 43.21) e disturbo da attacchi di panico (ICD 10: F 43.21). La perita ha poi proceduto all a descrizione delle risorse e deficit secondo lo schema MINI-ICF-APP (cfr. punto C1 della perizia, pagg. 202/3 inc. AI). La specialista ha concluso: " (...) Per quanto finora argomentato, per quanto emerso dall'esame della documentazione, dall'anamnesi, dalla descrizione della giornata, dall'esame clinico effettuato secondo il vocabolario AMDP System, dalla descrizione dei limiti e delle risorse secondo schema Mini-ICF APP e dalle descrizioni soggettive si conclude che l'assicurato è stato inabile in ogni attività nella misura del 100% dal 15.09.2014 al 10.12.2015, come attività paragonabile a quella di casalinga non valutabile. Dal 11.12.2015 al momento dell'attuale perizia e continua l'assicurato è inabile al lavoro in ogni attività nella misura del 50% (rendimento) ; in attività adeguata in attività paragonabile a quella di casalinga abile al 75%. È indicato il proseguo della terapia psichiatrica sia in termine di monitoraggio clinico che di trattamento medicamentoso con una rivalutazione di opzioni di cura come suggerito di seguito nella discussione. Sconsiglio l'attuale messa in atto di una misura MRE, eventualmente un aiuto al collocamento in un progetto rispettoso dei limiti funzionali evidenziati, per favorire, con le terapie mediche sopradette un recupero delle abilità della capacità lavorativa almeno del 20% nell'arco di 12-24 mesi. Si segnala una prognosi incerta, correlata ad aspetti di tipo somatico, e alla possibilità che in caso di un perseverare peggioramento della patologia somatica vi sia una cronicizzazione del disturbo psichico." (Sottolineatura del redattore, pag. 203 inc. AI) Contrariamente a quanto scritto dal SMR nelle annotazioni 21 novembre 2016 (poi ammesso in sede di risposta di causa, cfr. consid. 1.4), la perita non ha valutato un'inabilità del 25% ma del 50%. Con scritto 2 marzo 2017 lo psichiatra curante, poste le diagnosi di disturbo misto ansioso - depressivo (ICD-10: F4.12) e problemi legati al lavoro e alla disoccupazione (ICD-10: GM Z56), ha sostenuto un recente peggioramento della situazione psichica a causa di una problematica cardiaca. Egli riconferma un'inabilità lavorativa completa, preannunciando un ulteriore ricovero presso la Clinica _____ (pag. 240 inc. AI). Il succitato rapporto, nonché la documentazione relativa alla nuova degenza (dal 2 maggio 2017 al 31 maggio 2017), sono stati presi in considerazione nella perizia di decorso del _____. Con rapporto del 1° settembre 2017 la dr.ssa med. _____ del _____ in sede di discussione ha fra l'altro spiegato i motivi per cui si distanzia dalle diagnosi poste dalla Clinica _____ (ICD 10 F.33.1): " (...) Rispetto alle diagnosi psichiatriche citate nel rapporto dell'ultimo ricovero presso la clinica _____ ovvero di Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (F33.1) mi trovo in disaccordo. Viene posta la diagnosi di una sindrome depressiva ricorrente ma sia dalla raccolta anamnestica che dalla documentazione agli atti non risulta la presenza di almeno di uno stato affettivo di entità tale da essere inquadrato in un episodio depressivo maggiore: la stessa clinica _____ nel suo primo rapporto parla di una sindrome ansiosa depressiva confermata anche dal Dr _____, psichiatra curante (lettera del 05.02.2016). Ricordo che secondo ICD 10 si tratta di una condizione in

cui sono contemporaneamente presenti i sintomi di ansia e di depressione ma né gli uni che gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente e quindi la gravità e la pervasività del quadro è tale da non permettere altre diagnosi quindi non è equiparabile ad un episodio depressivo maggiore (infatti l'ICD 10 prosegue sostenendo che "... quando i sintomi depressivi e quelli ansiosi son presenti contemporaneamente e sono entrambi di gravità tale da giustificare una diagnosi individuale, va posta la diagnosi di entrambe le condizioni morbose e questa categoria non deve essere utilizzata"). (...)" (sottolineatura del redattore; pag. 302 inc. AI) La dr.ssa med. _____ ha concordato con le diagnosi poste nella precedente perizia _____ (cfr. punto no. 7 della perizia, pag. 302 inc. AI) e ha concluso che "rispetto alla valutazione peritale della Dr.ssa _____ non vedo sostanziale cambiamento dello stato di salute di salute che come detto sopra sta andando incontro a cronicizzazione se non si inizierà al più presto un trattamento farmacologico adeguato con antidepressivi riconosciuti per la cura di tale da aumentare lentamente visto che i soggetti ansiosi sono più inclini ad avvertire possibili effetti collaterali e quindi a sospendere le cure" (pag. 303 inc. AI). Contestando la succitata conclusione peritale, l'assicurato ha prodotto un rapporto datato 23 gennaio 2018 del suo psichiatra curante, dr. med. _____, il quale ha fra l'altro rilevato: "(...) Egli (l'assicurato n.d.r.) è seguito regolarmente presso il mio studio medico dal 15.01.2016 a tuttora a causa di una importante patologia depressiva segnalata da parte del suo medico curante Dr. _____ FMH Medicina interna che mi legge in copia. A causa della sua depressione egli è stato ricoverato varie volte presso la Clinica _____ di _____. Malgrado vari cambiamenti della sua psicofarmacoterapia e la presa a carico attraverso regolari colloqui di sostegno la sua situazione psichica non dei cenni di miglioramento, anzi, nell'ultimo periodo egli ha presentato un peggioramento importante sotto forma di una riesacerbazione della sua sintomatologia depressiva con un umore fortemente depressivo, rallentamento psicomotorio, mancanza di reattività, importanti disturbi del sonno, inappetenza con una perdita del peso ponderale e varie preoccupazioni oltreché tutta una serie di disturbi neurovegetativi a volte accompagnati anche da attacchi di panico. Ci tengo a precisare che il quadro clinico è peggiorato malgrado l'intensificazione della sua psicofarmacoterapia e i colloqui di sostegno. Inoltre, attraverso i colloqui di coppia insieme alla moglie del paziente sono riemersi vari conflitti coniugali, la moglie effettivamente riferisce che il paziente esce poco dal domicilio, ha tendenza all'inerzia rifiutando i contatti sociali isolandosi, tutto ciò complica una situazione già di per sé precaria. Egli inoltre soffre di tutta una serie di disturbi organici; discopatie multiple cervicali e lombari, ulcera gastrica perforata, ipertensione arteriosa, dislipidemia e problemi cardiaci, per tali affezioni egli è regolarmente seguito dal collega Dr. _____. Per quel che riguarda la sua diagnosi confermo nuovamente una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD-10 GM: F33.1) che causa un'inabilità lavorativa nella misura completa per un periodo ancora da determinare. (...)" (cfr. doc. B) Ora, rettamente nelle annotazioni 19 febbraio 2018 (IV) il SMR ha rilevato che la succitata diagnosi è la medesima posta dallo stesso psichiatra curante nel suo precedente scritto 5 ottobre 2017 (pagg. 324/5) e che quest'ultimo referto è stato esaminato dal _____ il 16 novembre 2017. In quello scritto la dr.ssa med. _____ aveva concluso di non aver trovato "elementi aggiuntivi che mi portino a discostarmi rispetto al mio rapporto peritale del 01.09.2017 "(pag. 329 inc. AI). In effetti la sintomatologia descritta dallo psichiatra curante corrisponde sostanzialmente a quella riscontrata nelle perizie. Nondimeno va rilevato che le due perizie _____, entrambe dettagliate, motivate e coerenti, collimano e pertanto assumono valore probatorio pieno. Per

quel che concerne i disturbi organici riportati dallo psichiatra curante nel succitato rapporto 23 gennaio 2018, va rilevato come gli stessi, dopo valutazione della documentazione raccolta, sono stati ritenuti senza influsso sulla capacità lavorativa dal SMR (cfr. rapporto 21 novembre 2016 in pag. 190 inc. AI). 2.8. In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze delle perizie reumatologica e psichiatrica, confermate dal SMR con annotazioni 11 settembre 2017 (doc. 104 inc. AI), alle quali va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre 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, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che il ricorrente, sino al momento della decisione contestata, in attività adeguate risulta abile al 50% (per motivi essenzialmente psichiatrici) e questo a decorrere dal dicembre 2015. Questo Tribunale ritiene infine che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario assumere i mezzi di prova proposti dal ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.9. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invaliderà mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il cui calcolo è stato contestato con le citate osservazioni 16 marzo 2018 (cfr. consid. 1.5). 2.9.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, 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, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di

lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valido prendendo in considerazione la media dei salari effettivamente conseguiti dall'assicurato nei cinque anni precedenti l'insorgenza del danno alla salute, ossia dal 2009 al 2013 (cfr. STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 5.3 in cui l'Alta Corte ha ritenuto adeguato tener conto della media dei redditi percepiti negli ultimi cinque anni prima del danno alla salute), così come risultano iscritti nel suo conto individuale, per un importo complessivo di fr. 46'744.--. L'assicurato contesta i singoli redditi presi in considerazione, producendo documentazione che, a suo dire, dimostrerebbe delle entrate maggiori (VI). Con scritto 16 gennaio 2019 questo TCA ha chiesto all'Ufficio AI degli accertamenti sulle iscrizioni dei diversi redditi da attività lucrativa iscritti nel conto individuale dell'assicurato, ricevendo la seguente risposta: " (...) Gli importi utilizzati per effettuare la media dei redditi degli anni 2009-2013, già utilizzati per il calcolo di cui alla tabella del 17.01.2017, erano stati estrapolati dall'estratto del conto individuale stampato il 21.08.2015 e qui allegato unicamente un errore nel riporto del reddito del 2012, pari a CHF 27'898.- e non a CHF 27'878.-). Nell'estratto prodotto dalla scrivente con le osservazioni del 27.03.2018, stampato il 19.02.2018, sono riportati dei correttivi, corrispondenti alla decurtazione della parte di reddito dell'assicurato a favore del coniuge precedente (importi in deduzione di CHF 24'343.- per il 2011, CHF 13'949.- per il 2012, CHF 19'200.- e CHF 9'478.- per il 2013, corrispondenti al 50% del salario dichiarato) e alle aggiunte della parte di reddito ricevute dall'assicurato dal coniuge precedente (CHF 1'747.- per il 2011, 897.- per il 2012 e 17'179.- per il 2013). Tali importi sono stati registrati in quanto è stato applicato lo splitting in seguito al divorzio, ma non vanno conteggiati per la determinazione del salario incamerato dall'assicurato negli anni presi a riferimento. La deduzione di CHF 8'749.- registrata per il 2009 corrisponde invece ad una correzione in seguito all'iniziale registrazione di una stima provvisoria del reddito sul quale vengono calcolati i contributi (CHF 54'923.-) che poi però non sono stati effettivamente versati dall'assicurato, il reddito effettivo per il 2009 risulta quindi pari a CHF 46'174.-. Per quanto concerne il reddito dell'anno 2013, l'UAI ha sommato il reddito di CHF 18'957.-, percepito presso la Ticinogess SA da gennaio ad aprile, al reddito di CHF 33'153.- relativo all'utile indicato nel conto economico presentato dall'assicurato. Ora, ritenuto che per il periodo maggio - dicembre 2013 è indicato nel conto individuale un importo di CHF 38'400.- da attività indipendente, alla cifra di CHF 18'957.- va sommato tale reddito per un totale di CHF 57'357.-. Operando dunque la media tra i redditi di CHF 46'174.-, CHF 58'873, CHF 48'686.-, CHF 27'898.- e CHF 57'357.- si ottiene un reddito da valido di CHF 47'798.-, che paragonato al reddito da invalido di CHF 31'681.-, porta ad un grado AI del 33.7%. (...)” (sottolineatura del redattore; cfr. XI) Secondo la giurisprudenza, siccome l'art. 25 cpv. 1 OAI equipara i redditi ipotetici comparativi dell'assicurazione invalidità ai redditi da lavoro soggetti a contribuzione AVS, il reddito da valido può essere determinato sulla base dei redditi iscritti nel conto individuale. Ciò vale in particolare per gli indipendenti (SVR 2010 IV nr. 26 pag. 79, cfr. STF 8C_554/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2.1, 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 3; cfr. in tal senso il marg. 3032.1 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, CIGI). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dall'effettive entrate (STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.). Nelle osservazioni 25 febbraio 2019 l'assicurato evidenzia come nel 2009 abbia conseguito un reddito effettivo di

fr. 54'923.-- come risulta dall'allegato certificato di salario (sub doc. VI/4), motivo per cui non si tratta, come sostenuto dall'amministrazione, di una iniziale stima provvisoria di reddito. Ne consegue che va preso l'importo di fr. 54'923.--. Per il 2010 va confermato l'importo di fr. 58'873.-- iscritto nel conto individuale, ciò che risulta anche dal relativo certificato di salario (VI/4). Il ricorrente sostiene che per il 2011 deve essere considerato il reddito di fr. 69'155.-- risultante dal conteggio di riparto fra marito e moglie dell'imposta federale diretta. A tal riguardo correttamente nelle osservazioni

E. 5

marzo 2019 l'amministrazione rileva che in quel riparto figurano anche i redditi d'altra fonte. Fa invece stato l'importo di fr. 58'873,40 risultanti dal certificato di salario di quell'anno (doc. XV/4) e non l'importo preso in considerazione dall'Ufficio AI dal conto individuale. Per il 2012 vanno presi in considerazione fr. 51'078,35 come risulta dal relativo certificato di salario (doc. 104 inc. AI) e non fr. 27'898.-- iscritti nel conto individuale. Come visto sopra, per il 2013 l'Ufficio ha tenuto conto per il periodo maggio - dicembre di un reddito di fr. 38'400.-- proveniente da attività indipendente e iscritto nel conto individuale. A tal riguardo l'assicurato sottolinea di aver svolto nel periodo 2011/2013 per 18 mesi un'attività lucrativa indipendente, un'attività che era solo agli inizi e pertanto non ha potuto beneficiare degli sviluppi previsti ed auspicati, presentando già in quel periodo dei problemi di salute. Ora, dall'estratto conto individuale (VIII/1) non risulta che prima del 2013 egli abbia svolto un'attività indipendente (per il 2014 è registrato un reddito quale indipendente di 37'300.--, reddito che giustamente non è stato preso in considerazione dall'amministrazione poiché si riferisce all'anno in cui è sorto il danno alla salute). Vero che il summenzionato reddito di fr. 38'400.-- non è rappresentativo, avendo l'assicurato in quel momento iniziato da poco un'attività in proprio. Tuttavia agli atti non vi sono elementi o indizi che permettono di ipotizzare un'evoluzione reddituale maggiore di quella effettivamente conseguita. Ne consegue che l'importo del reddito aziendale di fr. 38'400.-- iscritto nel conto individuale va confermato, non avendo l'interessato fornito la controprova della non attendibilità di tale dato. Vanno poi addizionati fr. 18'957.-- di attività dipendente, motivo per cui il reddito per il 2013 di fr. 57'357.-- fissato dall'Ufficio AI risulta essere corretto. Operando dunque la media tra i redditi di CHF 46'174.-, CHF 58'873.-, CHF 48'686.-, CHF 27'898.- e CHF 57'357.- si ottiene un reddito da valido di CHF 47'798.-, che paragonato al reddito da invalido di CHF 31'681.-, porta ad un grado AI del 33.7%. In queste circostanze, in parziale correzione degli importi forniti dall'Ufficio AI nelle osservazioni 30 gennaio 2019, fanno stato i seguenti redditi: fr. 54'923,10 per il 2009, fr. 58'873.-- per il 2010, fr. 56'873,40 per il 2011, fr. 51'078,35.-- per il 2012 e fr. 57'357.-- per il 2013 corrispondente ad una media di fr. 55'821 .--. 2.9.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, 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 un'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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 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). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Ritornando al caso in esame, per la determinazione del reddito ipotetico l'Ufficio AI ha preso in considerazione un importo di fr. 66'697,27 risultante dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, attività semplici e ripetitive, valido nel 2014, aggiornato al 2015, riportato su 41.7 ore settimanali, ridotto del 50% per tenere conto dell'esigibilità lavorativa al 50% e decurtato di un ulteriore 5% per attività leggere, giungendo così ad un reddito da invalido di fr. 31'681.-- (cfr. rapporto 19 febbraio 2019 del consulente in integrazione professionale allegato alla risposta di causa in doc. IV/4). L'amministrazione ha applicato una riduzione del 5% giustificata dal fatto che l'assicurato può svolgere unicamente attività leggere, escludendo altre riduzioni. L'assicurato postula una riduzione del 20% per i seguenti motivi: " (...) il ricorrente ritiene che questa riduzione è manifestamente insufficiente. L'Ufficio AI non ha infatti considerato l'età dell'assicurato, il fatto che il medesimo può esercitare solo un'attività lavorativa a tempo parziale, la sua scarsa formazione e il fatto che il medesimo è cittadino straniero. Tutti questi fattori

consentono di ritenere che il reddito statistico va ridotto almeno del 20%. (...)” (cfr. doc. VI, pag. 2) Questa Corte, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell’amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), non ha motivo per distanziarsi dalla percentuale calcolata dall’amministrazione non presentando l’assicurato altri fattori di riduzione. Per quel che concerne il fattore età avanzata, sebbene viene considerato come un fattore estraneo all’invalidità, la giurisprudenza riconosce che essa, insieme ad altri fattori di carattere personale o professionale, può ostare alla realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato per mancanza di richiesta di tale forza lavoro (sentenza 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.1 e 4.2.2, anche DTF 132 V 393 consid. 3.2). In che misura l’età influisca sulla possibilità di realizzare la capacità lavorativa residua non si valuta alla luce di un principio generale, bensì tenuto conto delle esigenze delle attività di riferimento (sentenza 9C_918/2008 consid. 4.2.2 con riferimenti). Pertanto, come visto, il fattore età avanzata non costituisce un motivo di riduzione del reddito da invalido ma piuttosto un elemento di valutazione generale della residua capacità lavorativa di una persona assicurata. Nella fattispecie concreta, rettamente nelle osservazioni 27 marzo 2018 (VIII) l’amministrazione ha rilevato che l’assicurato ha 53 anni e quindi ben lontano dall’età di pensionamento che, a determinate condizioni, può limitare la capacità lavorativa. Va inoltre rilevato che la scarsa formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello 1 attività semplici di tipo fisico o manuale; corrispondente al precedente livello di qualifica 4: attività semplici e ripetitive) non richiedono né un’esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso DTF 137 V 71 consid. 5.3 e STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3 con riferimenti). Per quanto concerne la nazionalità e la formazione professionale, va evidenziato che l’insorgente, in Svizzera dal 1986, è al beneficio del permesso C (cfr. in materia Pratique VSI 6/2000, pag. 314 consid. 5a/cc), ha frequentato le scuole obbligatorie nel suo paese d’origine (Italia), ha svolto l’apprendistato nel Cantone Ticino, motivo per cui non è giustificata alcuna riduzione. Infine, potendo l’insorgente svolgere un’attività a tempo pieno con riduzione di rendimento, un’ulteriore riduzione per attività a tempo parziale non è giustificata (fra le tante cfr. STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014). Raffrontando il reddito da valido di fr. 55'821.-- con quello da invalido di fr. 31'681.-- si ottiene un grado d’invalidità del 43.24 %, arrotondato al 43% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, ciò che conferisce il diritto ad un quarto di rendita. Vista l’importante differenza per raggiungere il diritto ad una mezza rendita, non è necessario, poiché ininfluente per l’esito della vertenza, aggiornare i dati al 2018, anno della decisione contestata. Di conseguenza, la rendita intera erogata dal 1° settembre 2015 è ridotta con effetto dal 1° aprile 2016 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI fatto risalire dal mese di dicembre 2015 come da perizie CPAS) ad un quarto di rendita e non soppressa come da decisione impugnata. Ne consegue l’accoglimento in via parziale del ricorso. 2.10. Visto l’esito della vertenza, nel caso concreto si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- tra le parti in ragione di metà ciascuna. Il ricorrente ha tuttavia postulato di essere posto al beneficio dell’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). 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 (DTF 124 V 310 consid. 6; STFA 164/02 del 9 aprile 2003). 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 (DTF 124 V 301 consid. 6). 2.11. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla 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 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). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 Ia 11ss.; DTF 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11ss.). Come risulta dal certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria (doc. C), l'insorgente, divorziato, convive con la sua compagna che, oltre a percepire delle indennità di disoccupazione parziale, svolge attività lucrativa al 50%. Nell'economia domestica vive anche il fratello della compagna che partecipa alle relative spese. Non percepisce più una rendita (il diritto è stato infatti limitato nel tempo) e non dispone di altra fonte di reddito. L'assicurato ha dichiarato fr. 2'197.-- di averi bancari, fr. 184'778,75 di attestati di carenza beni e di dovere degli alimenti (non versati) alla ex moglie ed al figlio. Va qui ricordato che, conformemente la giurisprudenza, solo il debitore che vive in comunione familiare analoga a quella matrimoniale e da cui sono nati dei figli viene equiparato, per il calcolo del minimo vitale LEF, al debitore coniugato con conseguente considerazione di un minimo vitale più elevato, nel qual caso si deve tuttavia tener conto anche dell'insieme dei redditi percepiti dai due partner: DTF 130 III 765; sentenza CEF 15.2007.37 del 6 agosto 2007; sentenza CEF 15.2007.54 del 9 agosto 2007; DTF 124 III 52; STF del 22 gennaio 2004 nella causa X., 4P.261/2003 e ivi riferimenti; Guidicelli/Piccirilli, Il pignoramento di redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese, Agno 2002, pagg. 19s, 38, 79), ciò che non è il caso in esame e quindi non vanno tenuti conto i redditi della compagna. In queste circostanze il requisito dell'indigenza è dato visto che l'assicurato non dispone di alcun reddito. L'insorgente 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. L'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio va quindi concessa, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA e art. 6 Lag, Métral, in Commentaire sur la LPGA, 2018, art. 61 n.91, pag. 758, 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), ciò che potrà essere il caso nell'evenienza in cui, cresciuto in giudicato il presente giudizio, l'assicurato verrà posto al beneficio del quarto di rendita con effetto retroattivo al 1° aprile 2016. 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.