

TI_GERICHTE 32.2019.129 vom 5. Juni 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-06-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.129

FR: TI_GERICHTE 32.2019.129 du 5 juin 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.129 del 5 giugno 2019

Regeste

Rendita limitata nel tempo. Incarto LAMAL. Lavoratore indipendente. Cambiamento di attività (da indipendente a dipendente) esigibile. Calcolo economico: 2018. Metodo del raffronto dei redditi. Reddito da invalido più alto del reddito da valido

Erwägungen

E. 17

giugno 2017- in cui è stato rivendicato il diritto alla prestazione), a fronte di una domanda tardiva (cfr. art. 29 cpv. 1 LAI). 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit. p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità

di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i soli documenti contabili non

sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.3; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.3; STCA 32.2019.81 del 27 aprile 2020, consid. 2.3). 2.4. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGa e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato che l'inabilità 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). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritendo, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGa, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, ai fini dell'accertamento dell'inabilità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza federale, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'inabilità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per

quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere 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") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame 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 di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; 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 che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.4; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.81 del 27 aprile 2020, consid. 2.4). 2.5. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPG (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPG 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. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPG (DTF 130 V 343 consid. 3.5). 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. 88a 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65; STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.3). 2.6. 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 infine 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; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.5). 2.7. Per quanto concerne l'aspetto medico, dalle tavole processuali emerge che l'assicurazione _____, nell'ambito dell'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia per aziende, ha incaricato il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e medico di fiducia SGV/SSMC/SSMF, di eseguire una perizia. Il perito ha esaminato l'assicurato l'8 giugno 2018 e nel rapporto di medesima data (doc. 49 incarto LAMAL) - dopo avere riportato l'anamnesi e l'esame clinico - ha posto la diagnosi di: " Stato dopo discectomia e impianto di gabbia intersomatica C5-C6 20.01.18 per cervicobrachialgia bilaterale da stenosi del canale midollare C5-C6; Stato dopo ricostruzione della cuffia dei rotatori, resezione acrom-claveare e decompressione sotto-acromeale spalla sx 06.11.13 per conflitto sub-acromeale, artrosi acromion-claveare e rottura del sovraspinoso." In merito alla capacità lavorativa il perito assicurativo ha osservato quanto segue: " Per i problemi della spalla sx, l'assicurato era stata inabile al 100% dal 29.04.13 al 01.09.13, nella misura del 80% dal 02.09.13 al 05.11.13 e del 100% dal 06.11.13 al 05.05.14, nella misura del 80% dal 06.05.14 al 30.05.14 e del 50% dal 01.06.14 dicembre 2014. Da gennaio 2015 sino a metà novembre 2016 ha lavorato in misura completa nella professione abituale di gommista e preparatore di automobili. A causa della patologia a carico della colonna cervicale, è stato inabile al lavoro al 50% dal 15.11.16 al 22.02.17 e al 100% dal 23.02.17 al 7.03.18. Dal 08.03.18 ha ripreso il lavoro nella misura del 25%. Nel frattempo il quadro clinico è stabilizzato. A titolo definitivo, l'assicurato non può, svolgere lavori che comportano la manipolazione di carichi superiori ai 10 Kg, non può svolgere lavori con le braccia in alto e deve evitare tutte le attività non ergonomiche per la colonna cervicale. Per la professione abituale di gommista e preparatore di automobili, l'incapacità lavorativa del 75% è definitiva. In un'attività adatta alle sue condizioni di salute, che rispetti i limiti descritti in precedenza, da subito l'assicurato è abile al lavoro in misura completa. Le misure di accompagnamento per un cambiamento di indirizzo professionale sono di competenza dell'Assicurazione Invalidità, a cui nel frattempo è stata inoltrata una richiesta di prestazioni. I provvedimenti professionali sono adottabili da subito". Nel rapporto finale del 24 luglio 2018 (doc. 90 incarto AI) il medico SMR, dr. med. _____, ha posto la diagnosi principale con ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Stato dopo discectomia e impianto di gabbia intersomatica C5-C6 20.01.18 per cervicobrachialgia bilaterale da stenosi del canale midollare C5-C6; Stato dopo ricostruzione della cuffia dei rotatori, resezione AC e decompressione sotto-acromeale spalla sx 06.11.13 per conflitto sub-acromeale, artrosi AC e rottura del sovraspinoso ". Non ha posto alcuna diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Il medico SMR ha indicato nell'attività abituale (preparatore di auto) le seguenti incapacità lavorative (intese come riduzione di rendimento): - 50% dal 15 novembre 2016 al 22 febbraio 2017; - 100% dal 23 febbraio 2017 al 7 marzo 2018; - 75% dall'8 marzo 2018 e continua. Il medico SMR ha indicato in un'attività adeguata (rispettosa dei limiti indicati dal perito assicurativo dell' _____) le seguenti incapacità lavorative (intese come riduzione di rendimento): - 50% dal 15 novembre 2016 al 22 febbraio 2017; - 100% dal 23 febbraio 2017 al 7 marzo 2018; - 0% dall'8 marzo 2018 e continua. (doc. 90 incarto AI) Il medico SMR ha puntualizzato, oltre ai limiti funzionali determinati dal perito assicurativo dell' _____, un carico massimo di 10 kg, l'alternanza della postura al bisogno (non inclusa), la necessità di pause supplementari (non inclusa) e l'assenza di difficoltà nello svolgere lavori di precisione. Da ultimo, ha posto una prognosi stazionaria (doc. 90 incarto AI). In data 16 gennaio 2019 il dr.

med. _____, medico di famiglia dell'assicurato, ha segnalato all'UAI pure la diagnosi di " Periatropatia delle anche, più accentuata a sinistra ", osservando che in quel momento non era in atto alcuna terapia (doc. 114 incarto AI). Nell'annotazione del 17 gennaio 2019 il medico SMR, _____, dopo avere precisato che dalla nuova documentazione medica non risultava alcun trattamento in atto, ha rilevato che " l'attuale nuova diagnosi risulta compatibile con i limiti funzionali elencate nel rapporto finale SMR " (doc. 112 incarto AI). L'UAI ha previsto un accertamento presso il CAP di _____ dal 18 febbraio al 15 marzo 2019 che è stato interrotto il 27 febbraio 2019, allorquando il dr. med. _____, medico di famiglia dell'assicurato, ha segnalato all'UAI che l'assicurato " non può continuare l'accertamento professionale presso il CAP, per una sintomatologia ansioso-depressiva in relazione all'occupazione nel centro stesso " (doc. 127 incarto AI). Con certificato medico del 27 febbraio 2019 il dr. med. _____ ha attestato una IL del 75% fino al 15 marzo 2019 per sindrome ansioso-depressiva, puntualizzando che non esisteva un nesso fra la malattia e la causa invalidante e che esistevano motivi oggettivi che impedivano la continuazione dell'accertamento presso il CAP (doc. 128 incarto AI). 2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione - prima dell'emissione della decisione qui impugnata (in casu , il 5 giugno 2019) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) - non ha motivo per scostarsi dal rapporto finale del 24 luglio 2018 e dall'annotazione del 17 gennaio 2019 del dr. med. _____. La valutazione del medico SMR è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.6. Il TCA constata, infatti, che il medico del SMR ha tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti, nonché della valutazione peritale eseguita per conto dell'assicurazione _____ dal dr. med. _____. Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI (cfr. STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4.). Giova qui infatti ricordare 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 (vedi DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C_1001/2012 del 29 maggio 2013; 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010; 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). Del resto, l'assicurato non ha prodotto, nemmeno in sede ricorsuale, dei referti medico-specialistici in grado di smentire quanto valutato dal medico SMR (e dal

perito assicurativo dell' _____). Il patrocinatore di RI 1 ha versato agli atti svariati certificati medici del dr. med _____, specialista FMH in medicina generale e medico curante dell'assicurato (cfr., in particolare, quelli del 27 febbraio 2019, doc. 127 e 128 incarto AI e del 21 giugno 2019, doc. D, e del 26 luglio 2019, doc. E). Tali certificati medici non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedefacenza della valutazione operata dal medico SMR (e dal perito assicurativo dell' _____), con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dai precitati medici, come pure dell'esigibilità posta da tali medici che peraltro vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Del resto, le certificazioni estremamente generiche del medico curante dell'assicurato non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai medici dell'amministrazione, non si esprime in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attesta alcuna inabilità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate. Non consente di giungere ad una diversa conclusione neppure la diagnosi di “ sindrome ansioso-depressiva ” posta (senza codifica ICD-10) dal medico curante. Tale diagnosi non è stata difatti posta (con codifica ICD-10) da uno specialista in psichiatria e psicoterapia. Inoltre non risulta che l'assicurato sia in trattamento con psicofarmaci rispettivamente psicoterapico. Il patrocinatore di RI 1 ha versato agli atti anche lo scritto del 12 luglio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, attestante - tra l'altro - “ una sindrome del tunnel carpale già piuttosto importante a destra con valori meritevoli di un approccio invasivo, vi è anche una lieve sindrome del tunnel carpale a sinistra. Queste sindromi del tunnel carpale spiegano le disestesie del paziente a livello delle mani. Non trovo invece chiari segni radicolari, l'esame del nervo ulnare è nella norma bilateralmente ” (doc. F). Anche tale certificato medico non è atto a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedefacenza della valutazione operata dal medico SMR (e dal perito assicurativo dell' _____). Lo specialista non si esprime in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attesta alcuna inabilità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate. Nell'annotazione del 7 agosto 2019, il medico SMR ha, inoltre, osservato che “ dall'attuale rapporto del dr. _____ risulta presenza di una sindrome del tunnel carpale necessitante intervento chirurgico con conseguente IL 100% per circa 3 mesi ” (doc. VIII-1). L'assicurato si è sottoposto al citato intervento in data 25 novembre 2019 (doc. G) e, quindi, successivamente alla decisione qui impugnata (in casu , il 5 giugno 2019) che, come già detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1). Per il medesimo motivo sono quindi irrilevanti, ai fini del presente giudizio, il rapporto operatorio del 25 novembre 2019 e lo scritto del 19 dicembre 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale e della mano (doc. G) ed il certificato medico del 5 febbraio 2020 del medesimo specialista, giusta il quale l'assicurato “ è inabile al lavoro al 100% dal 25.11.2019 al 26.12.2019, causa malattia ” (doc. H). Ciò non toglie che, ritenuto come il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), il ricorrente ha se del caso la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado d'inabilità. Giova pure qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, 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. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; 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). Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dal medico del SMR in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato va tutelato. In questo contesto è comunque utile ricordare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, in summa, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico SMR. In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dal rappresentante dell'assicurato all'operato dell'amministrazione dal profilo medico, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. Alla luce di quanto sopra esposto e 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen 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), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che a RI 1 vanno riconosciute nell'attività abituale (pulitore di auto) le seguenti incapacità lavorative (intese come riduzione di rendimento): - 50% dal 15 novembre 2016 al 22 febbraio 2017; - 100% dal 23 febbraio 2017 al 7 marzo 2018; - 75% dall'8 marzo 2018 e continua. In un'attività adeguata (rispettosa dei limiti indicati dal medico SMR) vanno invece riconosciute le seguenti incapacità lavorative (intese come riduzione di rendimento): - 50% dal 15 novembre 2016 al 22 febbraio 2017; - 100% dal 23 febbraio 2017 al 7 marzo 2018; - 0% dall'8 marzo 2018 e continua. 2.9. Per quanto riguarda le conseguenze dello stato di salute dell'assicurato, dal profilo economico, l'amministrazione ha rettammente considerato l'assicurato, titolare di una ditta individuale dal 2004 quale pulitore di auto (doc. 107 incarto AI), quale indipendente. Ciò che è peraltro rimasto giustamente incontestato dal patrocinatore dell'assicurato. L'UAI ha quindi ordinato all'ispettorato AI di effettuare una valutazione per indipendenti. Nell'annotazione del 16 ottobre 2018 (doc. 322 incarto AI), l'incaricata (_____) - dopo avere esposto lo stato di salute dell'assicurato e la capacità lavorativa determinata dal medico SMR nel rapporto finale del 24 luglio 2018 come pure avere puntualizzato che per " quel che concerne l'attività professionale l'assicurato risulta essere pulitore auto, titolare di una ditta individuale da marzo 2004 ", ha determinato come segue il reddito da valido e quello da invalido: " Reddito senza invalidità:

Nella precedente domanda di prestazioni, la perdita di guadagno in attività adeguata era stata definita mediante una media dei redditi, dal 2008 al 2012, esposti nell'Estratto dei conti individuali (vedi progetto di decisione del 10.04.2015). Il reddito definito in quella sede, per il 2013, è stato di fr. 36'869.- reddito che l'assicurato non ha contestato. Dato che l'attività abituale è rimasta la stessa, ritengo che il dato sia ancora attuale, benché possa essere attualizzato, giungendo così ai seguenti redditi senza invalidità:

Anno	Aumento %	Importo aggiornato
2014	0.7771%	CHF 37'156.- 2015
0.3674%	CHF 37'292.- 2016	0.6761%

CHF 37'544.- Reddito con invalidità: Nella dichiarazione fiscale 2017, l'assicurato non ha dichiarato alcun reddito da lavoro, confermando indirettamente l'inabilità medico teorica. Il 2018 non è ancora concluso, pertanto l'unica valutazione possibile, al momento, resta quella in attività rispettosa dei limiti funzionali." 2.10. In data 12 novembre 2018 la consulente AI (M_____) ha incontrato l'assicurato presso l'UAI. Dal relativo verbale (doc. 107 incarto AI) risulta quanto segue: " (...) Attività lavorativa - indipendente Attualmente il suo lavoro lo svolge la moglie. Non ha alcun dipendente. Lui non riuscirebbe più a svolgere ciò che faceva prima (pulizia sino a 6-8 auto al giorno). Non ha nessun dipendente, lavora da solo in collaborazione con diversi garage. PPR Spiego la situazione a livello medico (abilità al 100% in attività adeguate) e la possibilità di sostenerlo per la reintegrazione professionale. L'A. non è del tutto convinto. Da una parte vorrebbe mantenere la sua abituale attività anche se è cosciente che il lavoro non riesce più a farlo ed, attualmente, è la moglie che gli dà una mano (ma che non desidera effettuare questo tipo di lavoro). Lo si fa ragionare sull'età e sul fatto che deve portare avanti un'attività ancora per diversi anni. Vagliamo eventuali nuove attività da integrare nell'attuale mantenendo così i vari contatti ma - attualmente - sembra difficile (cambio attività dell'azienda). Si valuta quindi di fargli effettuare un periodo al CAP di _____ spiegandogli l'obiettivo. L'A. ci deve pensare e concordiamo di risentirci entro due settimane." L'UAI ha quindi incaricato in data 15 novembre 2018 il CAP di _____ di fare svolgere all'assicurato un " percorso di accertamento classico " volto all' " orientamento professionale-pratico ", alla " valutazione delle competenze pratiche-cognitive " e alla " verifica per cambio di attività ", osservando che RI 1 era inattivo dal 2016 mentre da marzo 2018 era attivo nella misura del 25% (attività indipendente) e puntualizzando quanto segue: " Assicurato di 39 anni, da ca. 14 anni attivo quale indipendente come pulitore d'auto (azienda individuale senza alcun dipendente). L'A. ha ancora diversi anni di lavoro e bisogna comprendere quali attività possano entrare in considerazione. Non vi sono i presupposti per una riqualifica professionale (AFC) ma ev. percorso breve." (doc. 108 incarto AI) L'accertamento presso il CAP di _____ dal 18 febbraio al 15 marzo 2019 è stato interrotto dall'assicurato il 27 febbraio 2019 (doc. 125-129 incarto AI). In data 27 febbraio 2019 l'assicurato ha mandato un messaggio di posta elettronica all'UAI del seguente tenore: " Sta mattina sono stato dal medico e mi ha fatto interrompere il corso ". (doc. 126 incarto AI). Nell'annotazione de 27 febbraio 2019 la consulente AI (_____) ha indicato quanto segue: " Contatto l'A. il quale mi dice di essere psicologicamente nervoso e non se la sente di continuare il CAP. Chiedo maggiori informazioni ma non me le dà e mi comunica di sentire direttamente il Dr. _____ (MC). Sento dapprima il CAP e parlo con l'assistente che l'ha seguito (_____) la quale mi informa che all'A. non sono state date delle attività che hanno peggiorato il suo stato di salute ma piuttosto lo stesso Ato spesso disturbava (chiacchierava), utilizzava il natel quando desiderava etc. Era poi stato ripreso e la

situazione era migliorata. Sento quindi il Dr. _____ il quale sostiene che l'A. sia in una situazione depressiva e che continuare il percorso al CAP può essere pericoloso (parla di scompenso). Si cerca di spiegare il motivo dell'accertamento al CAP ma il medico continua a sostenere che per l'A. sia importante continuare con la sua attività e che quest'ultimo non è interessato a dei provvedimenti (riqualifica, etc). A suo modo di vedere l'A. non è più abituato a essere "comandato" ed è opportuno che continui con la sua abituale attività. Chiedo di inoltrarci un aggiornamento medico. Si interrompe quindi - in data odierna - l'accertamento a _____. Attendiamo la documentazione medica per poi sottoporla al SMR. Non si attuano quindi ulteriori misure (l'A. ne è consapevole)." (doc. 126 incarto AI) Il 27 febbraio 2019 il dr. med. _____, medico di famiglia dell'assicurato, ha quindi segnalato all'UAI che l'assicurato " non può continuare l'accertamento professionale presso il CAP, per una sintomatologia ansioso-depressiva in relazione all'occupazione nel centro stesso " (doc. 127 incarto AI). Con certificato medico del 27 febbraio 2019 il dr. med. _____ ha attestato una IL del 75% fino al 15 marzo 2019 per sindrome ansioso-depressiva, puntualizzando che non esisteva un nesso fra la malattia e la causa invalidante e che esistevano motivi oggettivi che impedivano la continuazione dell'accertamento presso il CAP (doc. 128 incarto AI). In data 5 marzo 2019 il CAP ha trasmesso all'UAI le seguenti considerazioni, puntualizzando che erano limitate all'osservazione di 7 giorni sui 20 normalmente previsti: " Attitudini. L'A. si è relazionato principalmente con un altro A., rapportandosi occasionalmente con le altre persone del gruppo e raramente con i collaboratori del CAP (quando aveva suggerimenti si rivolgeva ai colleghi e non avvisava quando terminava l'attività). Inizialmente si è posto in modo discutibile: palesemente disinteressato ai lavori proposti, utilizzava frequentemente il cellulare, si esprimeva con un linguaggio poco adeguato e interrompeva spesso il lavoro per chiacchierare. Dopo un colloquio volto a discutere questa attitudine poco adeguata, l'A. ha migliorato il suo atteggiamento, senza aderire mai pienamente al percorso. Le poche attività svolte sono infatti state affrontate con sufficiente impegno ma poca implicazione: si limitava a svolgere quanto richiesto con scarsi costanza e coinvolgimento. Abilità. L'A. ha assimilato correttamente le consegne, purché il mansionario non fosse troppo teorico-concettuale ed articolato; si è osservata una certa confusione se doveva eseguire vari passaggi contemporaneamente. Ha svolto due esercizi di manualità fine evidenziando una buona precisione, mentre nell'unico lavoro concettuale (di calcolo e conteggio) ha commesso alcuni errori e impiegato un lungo lasso di tempo (anche a causa delle frequenti interruzioni). Ha dimostrato di avere conoscenze basilari del PC, che ha utilizzato per una breve trascrizione di dati in Excel. Si è espresso correttamente in italiano sia in forma scritta che oralmente. (...)" (doc. 128 incarto AI) Nel rapporto finale del 21 marzo 2019 la consulente AI (_____) ha indicato quanto segue: " Si rimanda all'annotazione del 27.02.2019. Il medico curante si inoltra un rapporto con scritto che il paziente sopraccitato non può continuare l'accertamento presso il CAP per una sintomatologia ansioso-depressiva in relazione all'occupazione nel centro stesso. In data 12.03 si riceve un rapporto del CAP dove però vi è una valutazione parziale in considerazione della poca presenza. In data odierna sento l'A. telefonicamente e gli propongo un altro tipo di orientamento ma l'A. dichiara che non vuole sottoporsi a nulla. Chiudo pertanto il mandato di integrazione ricordando che a livello medico vi è un'abilità del 100% e possono entrare in considerazione attività quali operaio generico, aiuto magazziniere, aiuto venditore, ecc.." (cfr. doc. 149 incarto AI) Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene che l'assicurato non era disposto a beneficiare di provvedimenti d'integrazione. Non

consentono di giungere ad altra conclusione le argomentazioni sollevate in sede ricorsuale dal patrocinatore legale. Non consente di giungere ad una diversa conclusione neppure la diagnosi di “sindrome ansioso-depressiva” posta (senza codifica ICD-10) nel certificato medico del 27 febbraio 2019 dal medico curante, dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale. Come già riportato al consid. 2.8, tale diagnosi non è stata difatti posta (con codifica ICD-10) da uno specialista in psichiatria e psicoterapia ed, inoltre, non risulta che l’assicurato sia in trattamento con psicofarmaci rispettivamente psicoterapico. In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dal rappresentante dell’assicurato all’operato dell’amministrazione e del CIP per questi aspetti, motivo per il quale tutte le censure sollevate al riguardo (in particolare, quelle relative all’interruzione dell’accertamento presso il CAP rispettivamente ai motivi, indipendenti dalla volontà dell’assicurato, che l’avrebbero determinata) sono respinte. 2.11. Nel caso di specie, il TCA non ha motivo per scostarsi neppure da quanto valutato dall’amministrazione e, in particolare dalla consulente IP (cfr. doc. 149 incarto AI), ritenendo che, tenuto conto delle sue limitazioni funzionali (e delle abilità emerse durante il periodo di 7 giorni trascorso al CAP) e del dovere di diminuire il danno, all’assicurato possa essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa (del 100%) in “attività quali: operaio generico, aiuto magazziniere, aiuto venditore, ecc.” (cfr. doc. 149 incarto AI) e, quindi, sostanzialmente in quei settori d’attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l’età (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell’8 novembre 2011 consid. 3.5). Va inoltre 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 interamente 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). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all’amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza 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 (per es. attività d’incasso, d’assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già

citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee (STCA 35.2018.42 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.2.5 e STCA 32.2017.47 del 18 febbraio 2018, consid. 2.6.3). Stante quanto precede questo TCA condivide l'operato del CIP. In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dal rappresentante dell'assicurato all'operato del CIP per questi aspetti, motivo per il quale tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. 2.12. In simili condizioni, constatato che l'assicurato presenta una incapacità lavorativa del 75% nella precedente attività di pulitore di auto, ma una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, dall'8 marzo 2018, 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. In tale ottica, va ricordato che alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STF 8C_704/2018 del 31 gennaio 2019; STF 9C_578/2009 del 29 dicembre 2009 consid. 4.2.4 e riferimenti, pubblicata in SVR 2010 IV n° 37 p. 115; vedi anche, tra le tante, STF 9C_810/2017 del 9 aprile 2018). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute (STCA 32.2018.148 del 1° luglio 2019, consid. 2.5). Nel caso concreto, per i motivi già esposti al consid. 2.11, all'assicurato può essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa (del 100%) sostanzialmente in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. L'assicurato è inoltre nato nel 1979, per cui, da un punto di vista oggettivo nulla osta ad un cambiamento dell'attività lavorativa giacché egli non ha assolutamente raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera generalmente che non esistono possibilità per valorizzare la capacità lavorativa residua in un mercato del

lavoro ritenuto equilibrato (cfr., sul tema, tra le tante, STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.8 e numerosi rinvii ivi citati). Terminate le scuole dell'obbligo l'assicurato ha conseguito nel 1999 l'attestato cantonale di tirocinio pratico di meccanico di motoveicoli (doc. 1 incarto AI). Dal 2004 si è messo in proprio quale pulitore d'auto, in precedenza era gommista (doc. 107 incarto AI). L'interessato è quindi già stato già confrontato ad un cambiamento professionale, avendo svolto una formazione di meccanico di moto e lavorato come gommista dipendente, e avendo lavorato poi come pulitore d'auto indipendente. Di conseguenza il passaggio da un'attività indipendente ad un'attività dipendente non costituisce un ostacolo per l'insorgente, di soli 40 anni di età. Alla luce di tutto quanto sopra esposto è a giusta ragione che l'UAI ha stabilito che l'insorgente deve cambiare professione per ridurre il danno (cfr. sul tema, tra le tante, STCA 32.2014.92 del 6 novembre 2014, consid. 2.10 e numerosi rinvii ivi citati). Il grado di invalidità deve, dunque, essere determinato secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi, così come stabilito dall'UAI. Anche per i lavoratori indipendenti, infatti, il grado di invalidità va di principio stabilito secondo il metodo del raffronto dei redditi, a meno che questi non possano essere accertati in maniera attendibile oppure lo siano solo con un dispendio eccessivo (cfr. sentenza 8C_308/2008 del 24 settembre 2008 consid. 2.2; 9C_886/2011, 9C_899/2011 del 29 giugno 2012; STCA 32.2018.148 del 1° luglio 2019, consid. 2.5 e STCA 32.2018.160 del 26 agosto 2019, consid. 2.9). Tali condizioni non sussistono nel caso di specie. Ciò che peraltro - a ragione - è rimasto incontestato in sede ricorsuale. 2.13. Si tratta ora di esaminare quindi se la capacità di guadagno dell'assicurato ha subito un miglioramento tale da giustificare dal 1° luglio 2018 la soppressione della rendita intera di invalidità che gli è stata riconosciuta dall'UAI (cfr. consid. 1.3). Vengono considerati i dati del 2018, visto che il miglioramento dello stato di salute - e, di conseguenza, della capacità lavorativa residua - risale all'8 marzo 2018 (cfr. consid. 2.8). 2.14. Per quel che concerne il reddito da valido, secondo l'UAI, senza il danno alla salute, RI 1, nel 2016, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 37'544.- (doc. 102, 140 e 141). Questo importo - calcolato dalla consulente in integrazione incaricata aggiornando al 2016 il reddito di fr. 36'869.- relativo al 2013 (determinato dal precedente ispettore sulla base dell'estratto del conto individuale, media dei 5 anni, 2008-2012, riguardanti l'attività indipendente svolta dall'assicurato prima del danno alla salute, aggiornata al 2013: doc. 47 e 49 incarto AI) e utilizzato nella decisione del 3 giugno 2015, cresciuta incontestata in giudicato (doc. 49 e 50 incarto AI) - e non contestato dal ricorrente, può essere fatto proprio da questa Corte. Il "reddito da valido" ammonta, quindi, per il 2016 a fr. 37'544.-. Il TCA osserva che, nella decisione del 5 giugno 2019 (doc. 140 e 141), qui avversata, l'amministrazione ha considerato un reddito da valido di fr. 37'544.- per il 2016 e che tale modo di procedere non può essere tutelato. Nel caso di specie devono essere, infatti, considerati i dati del 2018 (cfr. consid. 2.13). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, quindi per il 2018 (cfr. la tabella T1.1.10: "Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2018"), un reddito annuo di fr. 37'769.26 (ovvero fr. 37'544.- + 0.6%). Il reddito "da valido" dell'assicurato è quindi fissato, per il 2018, in fr. 37'769.26. 2.15. Per quanto concerne il reddito "da invalido", l'UAI, ha ritenuto che l'assicurato, nel 2016 avrebbe percepito un salario annuo lordo di fr. 57'076.-, determinato in base alla TA1 2014, attività semplici e ripetitive, livello 2 di competenze, uomini, riportato un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 ed aggiornato al 2016, applicando una decurtazione sociale del 15%, di cui 5% per attività leggere e 10% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (doc. 102, 140 e 141). Il patrocinatore dell'assicurato non ha contestato questo

dato. Per calcolare il reddito "da invalido" nel 2016, l'amministrazione ha applicato la TA 1 2014, allorquando il TF ha stabilito che vanno utilizzati i dati statistici più recenti disponibili al momento del rilascio della decisione su opposizione (in casu, 21 marzo 2019: doc. 157 e 160 incarto AI) e quindi, nel caso di specie, quelli del 2016 (cfr. DTF 143 V 295 consid. 4.1.7; STCA 35.2019.39 del 21 ottobre 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.81 del 27 aprile 2020, consid. 2.9). Inoltre, nel caso di specie devono essere considerati i dati del 2018 (cfr. consid. 2.13). Anche per questi aspetti, il modo di procedere dell'UAI non può, quindi, essere tutelato. Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2016 TA 1, l'assicurato, svolgendo nel 2016 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 2; considerato il bagaglio professionale e formativo dell'assicurato) 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. 5'646. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'885.95 mensili oppure a fr. 70'631.40 per l'intero anno (fr. 5'885.95 x 12), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2018 (70'631.40x101/100.6x100.5%; cfr. doc. 219 incarto LAINF) un reddito annuo di fr. 71'266.80 (cfr. STCA 35.2019.61 dell'8 maggio 2020, consid. 2.10; STCA 32.2019.1051 dell'8 maggio 2020, consid. 2.9). Questa Corte ritiene corretta, e può quindi fare propria, la riduzione sociale del 15% (che globalmente tiene ampiamente conto del danno alla salute dell'assicurato) riconosciuta dall'UAI in considerazione delle particolarità del caso, tenuto anche conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3). Ne segue che il reddito da "invalido" di fr. 71'266.80, tenuto conto di una decurtazione sociale del 15% (ovvero di fr. 10'690.02), ammonta dunque a fr. 60'576.78. Il "reddito da invalido" dell'assicurato per il 2018 ammonta, quindi, a fr. 60'576.78. 2.16. Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 60'576.78 (cfr. consid. 2.15) con il relativo reddito da valido di fr. 37'769.26 (cfr. consid. 2.14), si ottiene per il 2018 un grado d'invalidità nullo. Va qui la pena di ricordare la STF 8C/215_2015 del 17 novembre 2015 ove il TF ha confermato un salario da valido di fr. 57'600.- e un salario da invalido di fr. 60'463.- fissato sulla base del metodo delle DPL, osservando - in particolare al consid. 4.2 - quanto segue: " (...) Die SUVA ermittelte aufgrund der DAP-Zahlen ein Invalideneinkommen von Fr. 60'463.-. Vergleicht man diesen Wert mit dem von der SUVA auf Fr. 57'600.- bemessenen Valideneinkommen, so ergibt sich ein negativer Invaliditätsgrad. Soweit der Beschwerdeführer bereits daraus schliesst, die Bemessung nach den DAP-Zahlen sei unzulässig, ist Folgendes festzuhalten: Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Negative Invaliditätsgrade können resultieren, da demnach gemäss der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs jener Verdienst, welchen der Versicherte ohne Gesundheitsschaden auf dem konkreten Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich erzielen würde, in Beziehung gesetzt wird mit jenem Einkommen, das er

trotz des Gesundheitsschadens auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch erzielen könnte (vgl. zu dieser Problematik: Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 126 f.). Negative Invaliditätsgrade sind somit eine Folge der Rechtsprechung zur Bemessung des Valideneinkommens und können sich unabhängig von der Methode (LSE oder DAP), nach der das Invalideneinkommen bemessen wird, ergeben. (...)" (cfr., per dei casi analoghi, anche la STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.9, ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 48'750.- e un salario da invalido di fr. 52'860.40 e la STCA 32.2018.180 del 4 settembre 2019, consid. 2.8, ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 50'560.- e un salario da invalido di fr. 63'790.80). 2.17. Visto che il diritto alla prestazione è stato rivendicato il 17 giugno 2017, è - a ragione (ciò che è peraltro incontestato: cfr. consid. 2.1) - che l'UAI ha proceduto al versamento della rendita unicamente a decorrere dal 1° dicembre 2017 (ovvero 6 mesi dopo la precitata richiesta), conformemente all'art. 29 cpv. 1 LAI. Parimenti correttamente l'UAI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera di invalidità (grado di invalidità: 100%) dal 1° novembre 2017 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI) limitatamente al 30 giugno 2018 (trascorsi 3 mesi dall'oggettivo miglioramento dello stato di salute a partire dall'8 marzo 2018 ex art. 88a cpv. 1 OAI), stabilendo, per il periodo successivo, un grado di invalidità nullo (doc. 140 e 141 incarto AI). La decisione dell'UAI che nega il diritto ad una rendita d'invalidità successivamente al 1° luglio 2018 va, di conseguenza, tutelata. 2.18. Stante quanto precede, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la fattispecie sufficientemente chiarita. Va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6). 2.19. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 fr. 200.- e fr. 1'000.- 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, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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