

## **TI\_GERICHTE 32.2022.48 vom 3. Juni 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-06-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2022.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.48)

FR: TI\_GERICHTE 32.2022.48 du 3 juin 2022

IT: TI\_GERICHTE 32.2022.48 del 3 giugno 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

marzo 2012; STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a giusta ragione o meno l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto alla rendita dopo aver calcolato un grado d'invalidità non pensionabile. Va anzitutto rilevato che il 1° gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). Nella DTF 148 V 162 consid. 3.2.1. il Tribunale federale formulato le seguenti precisazioni circa il diritto intertemporale: " Gemäss einer allgemeinen prozessualen Grundregel wird das anwendbare Recht durch den Zeitpunkt der Verfügung respektive – sofern diese angefochten ist – den Zeitpunkt des Einspracheentscheides bestimmt [...]. Bei Sachverhalten mit intertemporalem Bezug greift diese Grundregel jedoch zu kurz. In solchen Konstellationen sind weitere Aspekte mit zu berücksichtigen. So stellt sich insbesondere die Frage nach dem zeitlichen Geltungs- sowie dem zeitlichen Anwendungsbereich einer Bestimmung. Der zeitliche Geltungsbereich ist die "Lebensdauer" einer Rechtsnorm. Diese wird durch deren In- und Ausserkrafttreten bestimmt. Die eingangs genannte prozessuale Grundregel bezieht sich vorab auf den zeitlichen Geltungsbereich. Davon zu unterscheiden ist der zeitliche Anwendungsbereich einer Norm; dieser bestimmt den Zeitraum, in dem sich die vom Tatbestand erfassten Sachverhalte ereignet haben müssen [...]. Zeitlicher Geltungsbereich und zeitlicher Anwendungsbereich können zusammenfallen, müssen dies aber nicht; insbesondere bei Dauersachverhalten sind sie zu unterscheiden. Weil das intertemporale Rechtsetzungsprimat beim Gesetzgeber liegt [...], ist in einem ersten Schritt stets zu prüfen, ob die anwendbare Rechtsgrundlage Kollisionsnormen enthält. Fehlen solche, kommen auch hier allgemeine Grundsätze zur Anwendung. Diesbezüglich besagt der intertemporale Hauptsatz, dass in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben. Für zeitlich offene Dauersachverhalte bedeutet dies, dass sie grundsätzlich nach den jeweils geltenden rechtlichen Grundlagen zu beurteilen sind. Es ist somit bis zum Inkrafttreten einer Rechtsänderung das alte Recht und danach (ex nunc et pro futuro) – sofern die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind – das neue Recht anwendbar (unechte Rückwirkung [...]).". La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, prevede al marginale 9101 che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". I marginali 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS,

stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, prevedono che: " Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022 ". Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Con scritto del 7 settembre 2022 destinato agli uffici AI (21/2022 Informativa per gli uffici AI: diritto transitorio per la valutazione del grado d'invalidità e la determinazione del diritto alla rendita (riforma Ulteriore sviluppo dell'AI)) ed inoltrato – dietro richiesta – il 5 ottobre 2022 al TCA, l'UFAS ha confermato che: " (...) in caso di prima concessione di una rendita si applicano le disposizioni in vigore al momento della nascita del diritto alla rendita", ad eccezione dei casi di "prima concessione di una rendita con variazione del grado di invalidità o limitata nel tempo e nei casi di revisione, a quest'ultima fattispecie applicandosi le disposizioni in vigore al momento della modifica determinante". Oltre a ciò, l'UFAS ha rilevato che "Nelle ultime settimane i tribunali cantonali hanno emanato diverse sentenze che hanno confermato, direttamente o indirettamente, la summenzionata regolamentazione di diritto intertemporale. Da queste sentenze si evince inoltre che i tribunali considerano il momento dell'emanazione della decisione impugnata quale limite temporale importante per l'esame dei fatti; tuttavia, non si può concludere su questa base che anche la determinazione del diritto applicabile dipenda dal momento dell'emanazione della decisione. In questo contesto, anzi, il momento aleatorio dell'emanazione della decisione è irrilevante per la determinazione del diritto applicabile, dato che presenta sempre un certo grado di arbitrarietà (DTF 139 V 263). Nell'ottica di un'applicazione uniforme del diritto a livello nazionale, vi chiediamo pertanto di esaminare le sentenze cantonali prestando particolare attenzione alla corretta interpretazione della menzionata regolamentazione di diritto intertemporale e, in caso di decisioni che vi derogassero, di vagliarne l'impugnazione dinanzi al Tribunale federale." In concreto, l'assicurato ha presentato (la sua prima) domanda di prestazioni AI il 1./10 aprile 2019 (cfr. supra consid. 1.1.) adducendo un'incapacità lavorativa completa a far tempo dal 20 febbraio 2019 (doc. 1, pagg. 4 e 6 e doc. 25 incarto AI). Conseguentemente, il diritto alle prestazioni e l'invalidità (teorica) sarebbero insorte al più presto il 20 febbraio 2020, ossia un anno dopo il danno alla salute (art. 28 LAI). Pertanto, sia l'invalidità che l'asserito diritto alle prestazioni sarebbero insorti entro il 31 dicembre 2021. L'Ufficio AI ha emanato la sua decisione di rifiuto di prestazioni il 3 giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.4. in fine). Visto quanto precede, ogni riferimento alle

norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, 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 ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46 ). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b) . 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. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5 ; Scartazzini, op. cit., pag. 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. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/ Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). 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

#### **E. 14**

dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “resistenza alle terapie” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata 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. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle 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). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, pag. 261; 115 V 133 consid. 2, pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie,

valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/ 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). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 6 LPG – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 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). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). 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 ) 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni (cfr. supra consid. 1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha sottoposto la refertazione medica richiamata (cfr. supra consid. 1.2.) al medico SMR e, su sua indicazione, ha predisposto una perizia pluridisciplinare confluita nel referto dell'11 giugno 2021 (cfr. supra consid. 1.2.). Il ricorrente non formula (esplicite e circostanziate) censure circa la valutazione medica dei periti \_\_\_\_\_ e del medico SMR che ha fatto propria la perizia \_\_\_\_\_. Tuttavia, egli vi contrappone le refertazioni di altri specialisti, in particolare quelle dei curanti, ragione per cui non si può prescindere dalla disamina in questa sede dell'aspetto medico (cfr. infra consid. 2.7.). Delle censure afferenti alla valutazione economica si dirà, per quanto necessario, di seguito (cfr. infra consid. 2.8. e segg.). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni. Si rileva preliminarmente che, ad eccezione del curante dr. \_\_\_\_\_, nessun altro specialista si è confrontato attivamente con le conclusioni

peritali, preferendo procedere a compartimento stagno. Sempre a titolo preliminare, si rileva che tutti i certificati presentati in questa sede, ad eccezione di quello del 15 luglio 2022 del dr. Mattia (doc. VI 1) e di quello del 1. luglio 2022 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. IV 2), erano già presenti agli atti e sono stati vagliati dai periti. Va altresì osservato che, seppure non esplicitato dal ricorrente, il dr. \_\_\_\_\_ è a tutti gli effetti il suo curante in ambito psichiatrico, a prescindere dal fatto che il ricorso allo specialista avviene puntualmente (cfr. doc. 73, pagg. 248, 252, 254 e 256 incarto AI; doc. I, allegato D). 2.7.1. Il ricorrente contesta – implicitamente – le conclusioni della perizia psichiatrica, opponendole le certificazioni del dr. \_\_\_\_\_. La perita psichiatra ha diagnosticato un disturbo dell'adattamento lieve-persistente con disturbo prevalente di altri aspetti emozionali (ICD 10 F43.23) in trait bipolare-funzionamento ipertimico e Problemi legati al lavoro (ICD 10 Z.56), affezione senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Ella osserva, tra l'altro, che “ In base a quanto ricostruito ed obiettivo, i sintomi non hanno mai raggiunto l'entità e pervasività, soprattutto i caratteri qualitativi di un episodio depressivo maggiore. Non si rilevano al momento sintomi della sfera depressiva (umore depresso, anedonia-abulia o calo di energie) e l'assicurato stesso non si definisce depresso ma piuttosto arrabbiato, testato, “furioso”. Il cognitivo ed il funzionamento quotidiano sono integri, i disturbi del sonno sono imputati ai dolori. Non vi sono disturbi dell'autostima, idee depressive di colpa o rovina, rallentamento ideo motorio. Tantomeno si riscontrano i criteri per una sindrome depressiva ricorrente in quanto anamnesticamente non risultano precedenti episodi depressivi; si ricorda che in occasione del primo ricorso psichiatrico nel 2008 l'assicurato non assunse alcun trattamento antidepressivo, lo psichiatra curante [dr. \_\_\_\_\_, n.d.r.] , nel suo rapporto medico, parla di sintomi emotivi da disadattamento che l'assicurato conferma riconducendoli ad una situazione stressante in ambito sentimentale. ” (doc. 73, pag. 256 e seg.). Nel rapporto del 15 ottobre 2021 il dr. \_\_\_\_\_ dissente dalla surriferita diagnosi, ritenendo invece corretta quella di “ sindrome depressiva ricorrente caratterizzata da episodi depressivi, che vengono spesso manifestati e con una sintomatologia caratterizzata da disturbo dell'umore sotto forma di irritabilità, inquietudine, tensione endopsichica, facile passaggio all'atto dovuto a importanti stati di rabbia [...]” e di “ disturbo da attacchi da panico [...] visto che egli ne ha avuti nel passato ”, asserendo come lo stato depressivo si manifesti con una sintomatologia diversa rispetto alla classica depressione, riferendosi altresì ad una componente di bipolarismo, presente nell'anamnesi familiare. Il curante adduce altresì che “ Nell'incontro del 27 di settembre egli [l'assicurato, n.d.r.] espressamente affermava “Sono una bomba...i dolori aumentano... sono violento, spacco tutto [...]. Il disturbo depressivo era evidente. Il sonno era frammentato, gli stati di rabbia erano presenti. Aveva distrutto la televisione davanti a tutta la famiglia. Siamo dunque in presenza di un quadro depressivo con delle caratteristiche più nell'ottica maschile che femminile, con una piattaforma di irritabilità, rabbia frustrazione, sonno agitato, passaggio all'atto. [...] Al momento attuale le sue capacità lavorative dal punto di vista psichiatrico sono ridotte di almeno il 40% ”. (doc. 98 incarto AI, doc. I allegato D). Invitata dal medico SMR a prendere posizione sul rapporto del curante, la perita ha osservato quanto segue (doc. 115, pag. 387-390 incarto AI). Quo alla diagnosi di disturbo da attacchi di panico, osserva di aver considerato tale diagnosi ma che al momento della valutazione peritale i sintomi presentati non soddisfacevano più i criteri diagnostici, come esplicitato nella perizia: “ nell'ultimo anno non ha presentato crisi di ansia parossistica riconducibili ad attacchi di panico (che invece sono stati presenti due anni fa) ” e “ in merito al disturbo da attacchi di panico le descrizioni relative al 2018 corrispondono a

tale quadro diagnostico che è da leggersi in un'ottica dinamica come una manifestazione di disagio, già presente allora a fronte di crescenti problemi di lavorativi e di salute. Le crisi parossistiche tuttavia si sono risolte nel tempo con la sola terapia benzodiazepinica al bisogno in assenza di condotte di evitamento fobico (nemmeno alla guida) ”.

Conseguentemente, il disturbo da attacchi di panico al momento della valutazione peritale era da considerarsi anamnastico, il dr. \_\_\_\_\_ non riferendo di ricadute ed essendosi limitato ad asserire che “ la diagnosi da disturbo da attacchi di panico è mantenuta, visto che l’ha avuta in passato ”. Per quanto attiene alla diagnosi di disturbo depressivo ricorrente formulata dal curante, la perita ha innanzitutto osservato come egli non abbia mai descritto gli antecedenti episodi depressivi. Inoltre, richiamati i due sistemi nosografici usati nella formulazione diagnostica peritale, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha riscontrato come almeno due dei tre sintomi per l’episodio depressivo maggiore non erano in concreto dati, mancando inoltre tutto il correlato cognitivo, le alterazioni delle funzioni cognitive superiori o della sfera psicomotoria e la sintomatologia più prettamente biologica. Tali sintomi, aggiunge la specialista, non emergono neppure dalle più recenti descrizioni cliniche del dr.

\_\_\_\_\_. Ha poi sottolineato come anche la familiarità con lo spettro bipolare fosse stata considerata: “ La familiarità, la storia biografica, lo stile narrativo ed il dato osservazionale depongono per la presenza di un funzionamento premorbo di tipo ipertimico-impulsivo (correlabile verosimilmente ad un trait bipolare) che lo porta all’agito più che all’elaborazione riflessiva degli eventi interni ed esterni. Questi aspetti non sono così gravi e pervasivi da configurare un disturbo della personalità ma costituiscono, in sinergia con la familiarità, un substrato di vulnerabilità in condizioni di stress testimoniato dai precedenti ricorso, seppur puntuali, a consultazioni psichiatriche ”. Ella rileva che se è vero che il tono dell’umore, in caso di scompensi affettivi maggiori, può assumere note di disforia-irritabilità e che tale elemento si associa più frequentemente ad episodi affettivi misti, ciò non si applica in concreto, in quanto non risultano soddisfatti i criteri per la diagnosi. Osserva poi che le asserzioni dell’assicurato riportate nel rapporto del curante, oltre a non celare vissuti depressivi, rispecchiano quanto già riportato nella descrizione soggettiva dell’assicurato: “ Dal punto di vista psicologico è “furioso, una molla tirata”, è in ansia per tutti i pensieri che ha in testa; ha voglia di scoppiare” ...ed ancora “Non si dichiara depresso ma a domanda esplicita su come sia l’umore ripete che è arrabbiato, si fa male da solo per sfogarsi, talvolta è capitato di spaccare oggetti per la rabbia, litiga facilmente. Basta una virgola fuori posto a farlo reagire...è teso perché non comprende la lunghezza delle decisioni mediche, né della pratica AI...” . Da ultimo, la perita rileva che “ a fronte della gravità della diagnosi posta del dr. \_\_\_\_\_ (depressione maggiore ricorrente) che perdurerebbe a questo punto da molti mesi, non è evincibile dal suo scritto una terapia farmacologica antidepressiva (che l’assicurato non seguiva nemmeno al momento della valutazione peritale di gennaio 2021), un setting trattamentale intensivo [...] o altre misure terapeutiche commisurate alla gravità e durata delle diagnosi poste ”. Conseguentemente, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha confermato integralmente le proprie conclusioni peritali. Questo Giudice non ravvisa alcuna equivocità nel rapporto peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_, avendo ella – incontestatamente –rispettato i criteri stabiliti dalla giurisprudenza più recente afferente alle perizie psichiatriche (DTF 141 V 281, DTF 143 V 409 e 418), che impone la disamina di diversi indicatori (cfr. supra consid. 2.4.). Inoltre, nel complemento peritale del 18 marzo 2022 (doc. 115, pag. 387 e segg. incarto AI) la specialista ha preso posizione per esteso sulle divergenze diagnostiche formulate dal dr. \_\_\_\_\_, mettendo alla luce tutta una serie di carenze relative al rapporto del collega. Pertanto, al rapporto peritale della

dr.ssa \_\_\_\_\_ va conferita forza probatoria piena. Peraltro, esso risulta ampiamente preferibile al rapporto del curante, ricordato che di regola in caso di lite l'opinione di quest'ultimo, seppur specialista, non è sufficiente a sovvertire le conclusioni di una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione (cfr. supra consid. 2.5.). Va qui segnalato che secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). In concreto, considerata l'esaustività di quanto esposto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ anche le conclusioni sull'assenza di ripercussioni dell'affezione psichica sulla capacità lavorativa vanno confermate. Ciò si impone a maggior ragione alla luce delle certificazioni del curante: nel certificato del 15 ottobre 2021 (doc. I allegato D) egli ha attestato che “[...] le [...] capacità lavorative dal punto di vista psichiatrico sono ridotte di almeno il 40% ”, per poi attestare il 29 marzo 2022 (doc. I, allegato C), a fronte di una situazione valetudinaria immutata, che “ le [...] capacità lavorative dal punto di vista psichiatrico non sono superiori a un 40-50% al momento attuale ” e, anche in questo caso a fronte di una situazione valetudinaria apparentemente immutata dal punto di vista psichiatrico, attestare il 15 luglio 2022 (doc. IV, allegato 1) che “ Inoltre i dolori alla regione lombo sacrale rimangono sempre significativi e frenanti. Per questo motivo egli rimane inabile al lavoro in misura completa ”. Non avendo nemmeno accennato ad un peggioramento della situazione valetudinaria, il curante ha presentato certificazioni con incapacità lavorative differenti, senza differenziare tra attività precedente e quella adeguata ed arrivando ad attestare un'incapacità lavorativa completa riconducibile ad affezioni che esulano dalla sua specializzazione, circostanza censurabile. Per quanto attiene alle ulteriori certificazioni, si osserva quanto segue. Il rapporto del 10 novembre 2021 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. I, allegato F, doc. 99, pag. 343 e seg. incarto AI) non fornisce alcuna indicazione circa la capacità lavorativa residua. Lo scarso certificato datato 22 settembre 2021 della dr.ssa \_\_\_\_\_ (specialista in neurochirurgia) si limita ad asserire che “ il paziente è inabile al lavoro nella misura del 100% fino all'intervento chirurgico previsto il 25 ottobre 2021, ed almeno un mese successivo all'operazione per qualsiasi tipologia di lavoro ” (doc. 94, pag. 324 incarto AI) e il suo successivo rapporto del 1. dicembre 2021 (doc. I, allegato G) si limita a riportare il fatto di aver discusso con il paziente dell'operazione, procrastinandola, senza alcuna indicazione circa l'incapacità lavorativa. Le certificazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ sono manifestamente insufficienti ad inficiare le conclusioni peritali del dr. \_\_\_\_\_, la specialista non avendo neppure aggiornato, nel suo successivo rapporto, l'incapacità lavorativa attestata contestualmente all'intervento prospettato e mai eseguito. Quo al certificato datato 1. luglio 2022 del curante, dr. \_\_\_\_\_, esso riporta unicamente che “ Dal punto di vista lavorativo risulta impossibile la ripresa di una attività come quella di gessatore [...]”, senza alcuna indicazione circa l'incapacità lavorativa in attività adeguate (doc. IV allegato 2). Per quanto concerne il rapporto del 22 febbraio 2022 con il quale il dr. \_\_\_\_\_ ed il dr. \_\_\_\_\_ hanno attestato un'incapacità lavorativa completa dal 25

ottobre 2022 al 25 novembre 2022 (doc. 110, pagg. 367-372 incarto AI), è sufficiente rilevare che essi hanno semplicemente ripreso, errando nella compilazione dell'anno (2022 in luogo di 2021) quanto certificato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ contestualmente all'intervento, poi non eseguito, alla schiena e al programma riabilitativo auspicato, come desumibile dal rapporto in parola. Conseguentemente, il ricorrente nulla può trarre a suo favore da tale certificazione. Visto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dal ricorrente in questa sede è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni peritali, a cui va prestata integrale adesione.

2.8. Il ricorrente contesta la valutazione economica operata dall'Ufficio AI, asserendo che i salari usati per determinare il reddito da valido erano influenzati dalle sue algie senza le quali avrebbe potuto guadagnare di più (doc. I, pag. 2).

2.8.1. Giusta l'art. 16 LPGa, per valutare il grado d'invalidità il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Secondo la giurisprudenza federale, 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, cfr. STCA 35.2019.112 del 14 settembre 2020, consid. 2.2.2.), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato nel modo più concreto possibile. Di regola, ci si baserà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari, o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.6.). Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (STF 9C\_852/2018 del 5 marzo 2019, consid. 5.4.1.; DTF 139 V 28, consid. 3.3.2. e 129 V 222, consid. 4.3.1.). Le eccezioni al citato principio dell'esperienza comune sono – dal profilo del grado probatorio – assoggettate al grado di verosimiglianza preponderante (STF 8C\_362/2014, consid. 5.2.3. con ulteriori rinvii giurisprudenziali; RAMI 1993 no. U 168, pag. 97 e segg., consid. 5b; 4a, b). 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 goodwill, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di familiari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e la Circolare sull'invalidità e sulla grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, valida dal 1. gennaio 2015, stato al 1. gennaio 2021, marginale 3030; cfr. al riguardo anche STCA 32.2002.154 del 29 ottobre 2003 e STCA 32.2003.15 del 27 ottobre 2003). L'Ufficio AI deve richiedere i risultati contabili di diversi anni, considerando

in particolari tutti i conti che presentano differenze dopo l'insorgere del danno alla salute (spese per il personale, ammortamenti, utile netto e lordo e il rapporto con la cifra d'affari). Inoltre determina la situazione reddituale sulla base di documenti relativi ai contributi (in particolare le comunicazioni fiscali alla cassa di compensazione) e, se necessario, procedendo ad un accertamento sul posto. Un eventuale rapporto di accertamento deve fornire indicazioni sufficientemente precise sull'andamento dell'azienda. I dati contenuti nelle dichiarazioni fiscali non sono, per sé, idonei a determinare il guadagno reale (STF 8C\_9/2009 del 10 novembre 2009 consid. 3.4. e seg.). Per il calcolo del reddito dei lavoratori indipendenti è di regola determinante l'estratto del Conto Individuale, unitamente alla contabilità dell'azienda. In caso di variazioni molto forti del reddito occorre prendere in considerazione il guadagno medio di un periodo sufficientemente lungo (STF 9C\_771/2017 del 29 maggio 2018 consid. 3.6.1. e seg. con rinvii giurisprudenziali). Tuttavia, i primi anni dall'avvio di un'attività lucrativa indipendente non sono di regola rappresentativi per l'ammontare dei redditi conseguibili, a causa delle elevate quote di ammortamento sui nuovi investimenti (STF 9C\_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 1.1.; DTF 135 V 58). In queste circostanze si può giustificare la necessità di determinare il reddito senza invalidità in base a dati statistici (cfr. Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per invalidità (CIRAI) edita dall'UFAS, valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, marginale 3321 e segg.). Dal metodo (ordinario) di raffronto dei redditi di cui sopra ci si può discostare solo se i due redditi da confrontare non possono essere cifrati o stimati con sufficiente affidabilità (STF 9C\_812/2015 del 7 luglio 2016 consid. 4). In quest'ultima ipotesi, torna applicabile il metodo di valutazione straordinario (sul tema cfr. DTF 128 V 29; I 230/04, Pratique VSI 1998 pagg. 121 e 255; cfr. CIRAI, marginale 3800 e segg.; STCA 32.2021.24 del 31 maggio 2021 consid. 2.9., STCA 32.2020.25 del 22 ottobre 2020 consid. 2.3., STCA 32.2019.127 del 25 maggio 2020 consid. 2.3. e STCA 32.2019.133 dell'8 maggio 2020 consid. 2.3.). 2.8.2. In concreto, l'inchiesta per indipendenti ha accertato che dal 2013 al 2016 il conto individuale del ricorrente presentava delle fluttuazioni (fr. 90'600 per il 2013, fr. 92'700 per il 2014, fr. 99'600 per il 2015 e fr. 84'100 per il 2016). Conseguentemente, l'Ufficio AI ha calcolato il reddito da valido in fr. 91'750, quale la media dei salari nel periodo menzionato (cfr. doc. 87 incarto AI). Questo modo di procedere è corretto. Infatti, 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.), ciò che non è il caso in esame. Infine, correttamente l'Ufficio AI ha preso in considerazione la media dei redditi di quattro anni prima danno alla salute, ritenuto come, per giurisprudenza, sono sufficienti tre anni (cfr. AJP 1999 p. 484 e confermata in STF I 686/03 del 29 ottobre 2004; cfr. anche 8C\_611/2007 del 23 aprile 2008; STCA 32.2021.66 del 19 novembre 2021, consid. 2.8., STCA 32.2016.145 del 6 giugno 2017 consid. 2.12.2. e STCA 32.2015.29 del 30 novembre 2015 consid. 2.7.1.). A tal proposito si rileva che la censura del ricorrente (cfr. supra consid. 2.8.) cade nel vuoto: l'amministrazione ha infatti riscontrato le prime incapacità lavorative nel 2017, come si evince dalla perizia

\_\_\_\_\_ integralmente confermata in questa sede (cfr. supra consid. 1.2. e 2.7.), escludendo tale anno dai salari utilizzati per determinare il reddito da valido. Per quanto attiene al reddito da invalido di fr. 58'107.18 (fr. 68'361.39 con una riduzione del 10% per attività leggere e del 5% per imprecisati svantaggi salariali) determinato su base statistica (cfr. supra consid. 1.6.), esso non è stato contestato dal ricorrente e questo Giudice non ha motivo per discostarsene. Conseguentemente, è a ragione che l'amministrazione ha applicato il metodo ordinario di raffronto dei redditi e non quello straordinario, avendo cifrato con sufficiente affidabilità i redditi oggetto di confronto come da suevocata giurisprudenza. Pertanto, raffrontando il reddito da valido di fr. 91'750 con il reddito – incontestato – da invalido di fr. 58'107.18, si ottiene un discapito economico di fr. 33'642.82 ed un grado d'invalidità non pensionabile del 37%. 2.9. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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