

TI_GERICHTE 32.2022.61 vom 9. Januar 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-01-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.61

FR: TI_GERICHTE 32.2022.61 du 9 janvier 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2022.61 del 9 gennaio 2023

Erwägungen

E. 31

gennaio 2014, avendolo ritenuto dal 14 gennaio 2014 abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa. Con STCA 32.2018.53 del 18 febbraio 2019 (doc. 192) il ricorso dell'assicurato è stato parzialmente accolto, la decisione annullata laddove rifiutava il diritto a una rendita dal 1° febbraio 2014 e gli atti rinviati all'amministrazione per procedere con una nuova valutazione peritale psichiatrica e neurologica. Il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, attivo presso il Centro medico peritale _____, ha visitato l'assicurato il 21 agosto 2019 durante un'ora e mezza con l'aiuto di un'interprete e il 5 settembre 2019 (doc. 224 versione originale in tedesco, doc. 293 traduzione in italiano) ha reso il suo rapporto peritale, in cui ha riportato i certificati medici rilevanti dal 2013 al 2018 su cui si è basato, l'anamnesi (psichica, sistemica, somatica, familiare, biografica, sociale, lavorativa), la terapia in atto, i disturbi attuali, l'esame obiettivo e gli esami di laboratorio. Lo psichiatra ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di disturbo misto ansioso-depressivo (ICD-10: F41.2) e di disturbi dissociativi con sintomi misti (ICD-10: F44.7) e la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di stato dopo disturbi psichici dovuti a un utilizzo di sostanze psicoattive multiple, al momento astinente (ICD-10: F19.20). Il perito ha poi valutato che dal gennaio 2016 la capacità lavorativa dell'assicurato nell'attività da ultimo svolta di esercente di pizzerie era del 60%, mentre del 70% in attività adeguate che escludevano un elevato carico emotivo e stress indotti dai ritmi di lavoro, che non richiedevano flessibilità mentale né eccessivi contatti con i clienti. La dr.ssa med. _____, specialista FMH in neurologia, ha visitato l'assicurato il 21 agosto 2019 durante 2 ore e 15 minuti e un mese dopo, il 23 settembre 2019, ha allestito la sua perizia neurologica (doc. 224 versione originale in tedesco, doc. 292 traduzione in italiano). Anch'essa ha riassunto i certificati medici mensili a disposizione dall'Ufficio AI e ha esposto l'anamnesi e il risultato dell'esame neurologico che ha eseguito sull'assicurato. La perita è giunta alle diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di disturbo neurologico funzionale (ICD-10: F44.5), accompagnato da sintomi sensomotori episodici a carico del lato sinistro, associati a disturbi di produzione e di ricezione del linguaggio, sensazioni di vertigini simili ad attacchi; insulto cerebrovascolare nell'area della capsula interna e del talamo laterale a destra il 21 settembre 2013, TIA recidivanti con sintomi stereotipati già dal 15 agosto 2013. L'emicrania senza fenomeni visivi di aurea, con rare esacerbazioni, costituiva la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. La neurologa ha stabilito che dal novembre 2013 il grado di capacità lavorativa dell'assicurato come esercente di pizzeria era del 50% al massimo. Un lento rientro nel mondo del lavoro era possibile iniziando al 20% in un settore che non richiedesse rapidità di adattamento dal profilo mentale, con mansioni limitate e senza la pressione di scadenze brevi (meglio in mansioni amministrative od ordinazioni), poiché lo stress che genera un'attività come indipendente nel campo della gastronomia avrebbe favorito la malattia e aumentato i sintomi. In un'attività adeguata,

senza fattori di stress come quelli che impone un'attività di tipo indipendente, con orari regolari e una produttività riconoscibile, l'assicurato presentava una capacità lavorativa iniziale del 20% in una facile attività d'ufficio e/o manuale, lentamente incrementabile (dapprima con qualche ora e poi aumentare progressivamente fino a un limite di carico da determinare individualmente e a cui puntare di almeno il 70%), al più tardi dal novembre 2013. La discussione per la valutazione globale interdisciplinare è avvenuta oralmente il 26 settembre 2019 fra i periti dr. _____ e dr.ssa _____ e il relativo rapporto del 5 ottobre 2019 (doc. 224 in tedesco, doc. 291 in italiano) riepiloga il decorso della malattia, le diagnosi rilevanti e riporta le diagnosi psichiche e neurologiche da essi individualmente poste, connettendole fra di loro precisando che i disturbi dissociativi misti corrispondevano a un disturbo neurologico funzionale che era stato favorito da un evento cerebrovascolare. Nel motivare dal profilo psichiatrico e neurologico la capacità lavorativa complessiva nell'attività da ultimo esercitata, gli esperti hanno indicato che a causa del disturbo misto ansioso-depressivo l'assicurato presentava una capacità ridotta nel sopportare le emozioni, ridotti erano pure la flessibilità mentale, la volizione, gli interessi, la motivazione e la capacità di resistere a uno stress prolungato. Inoltre, a seguito dell'evento cerebrovascolare del settembre 2013 si è instaurato un disturbo neurologico funzionale postinfartuale (con sintomi ricorrenti dal lato sinistro). Perciò v'era una capacità lavorativa massima del 50% come esercente di una pizzeria dal novembre 2013, mentre da settembre a novembre 2013, durante la convalescenza, la capacità lavorativa complessiva era nulla. Un'attività adeguata doveva consistere in un'attività senza un elevato carico emotivo, senza stress dovuto ai ritmi di lavoro, senza flessibilità mentale, senza eccessivi contatti con i clienti e senza un carico superiore alla media. Era consigliato di attutire gli stimoli, di eliminare i fattori di stress come quando lavorava come indipendente, di prevedere orari di lavoro regolari e una produttività riconoscibile. In queste condizioni, v'era una capacità lavorativa inizialmente del 20% per un'attività semplice d'ufficio e/o manuale, incrementabile lentamente a dipendenza della malattia fino a un limite di carico determinato individualmente di almeno il 70%. Nel rapporto SMR del 24 dicembre 2019 (doc. 225) il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha riportato le diagnosi peritali psichiatrica e neurologica e ha confermato i grado di incapacità lavorativa stabiliti dagli esperti. Il consulente in integrazione professionale, dopo un colloquio con l'interessato, ha reputato che la capacità lavorativa teorica non corrispondeva alla capacità lavorativa reale (doc. 243), perciò gli ha proposto di seguire dal 17 febbraio al 13 marzo 2020 (doc. 239) un periodo di accertamento professionale. Questa prova ha portato alla conclusione che l'assicurato non era reinseribile professionalmente e che necessitava di un periodo di riallenamento al lavoro con graduale ripresa della capacità lavorativa. I gradi di inabilità lavorativa del 50% rispettivamente del 30% confermati dal Servizio Medico Regionale non si sono infatti dimostrati realistici e il consulente ha quindi ritenuto che era opportuno procedere con delle misure di reinserimento (doc. 242). Chiesto il parere dell'SMR, il 25 maggio 2020 (doc. 248) il dr. med. _____ ha confermato il grado del 50% di inabilità lavorativa come pizzaiolo, ma ha modificato nel 40-50% il grado di inabilità lavorativa in attività adeguata dal 1° dicembre 2013, precisando che erano possibili provvedimenti professionali nel senso di un periodo di riallenamento al lavoro con graduale ripresa della capacità lavorativa fino a verosimilmente il 50%. Il periodo di reinserimento doveva avere luogo tra il 5 ottobre 2020 e il 5 gennaio 2021 (doc. 254), ma già il primo giorno l'assicurato ha accusato un improvviso attacco emiplegico e le parti hanno deciso di terminare questo tentativo di reinserimento. Nel suo referto del 20 ottobre 2020 (doc. 263) il dr. med. _____, FMH in neurologia, ha

riferito questo episodio alla curante dr.ssa _____, specialista FMH medicina interna, concludendo che la situazione era " rimasta essenzialmente invariata come già descritto in occasione di tutte le valutazioni neurologiche da parte della Clinica Universitaria di _____. L'ultima valutazione a _____ è stata effettuata in febbraio 2020. Negli ultimi tempi il paziente ha notato semmai piuttosto un peggioramento degli episodi con deficit all'emicorpo sinistro, in occasione di tentativi di reinserimento professionale. Da parte mia non posso far altro che confermare tutto quanto già discusso e descritto dai colleghi di _____. Non ho altre proposte. Potrà essere utile comunque che il paziente venga rivisto a _____. ". Nel rapporto finale SMR del 18 novembre 2020 (doc. 267) il dr. med. _____ ha ritenuto giustificata un'inabilità lavorativa totale dal 12 ottobre 2020, data in cui la dr.ssa med. _____ l'ha certificata, mentre per il periodo precedente, dal 1° dicembre 2013 all'11 ottobre 2020, l'inabilità lavorativa in un'attività poco stressante e priva di richieste eccessive era del 45%. Al progetto del 7 dicembre 2020 (doc. 273) di assegnazione di una rendita intera di invalidità dal 1° maggio 2013 al 28 febbraio 2014 e dal 1° ottobre 2020, hanno fatto seguito le osservazioni del 19 aprile 2021 (doc. 296) dell'assicurato, accompagnate da vecchia e nuova documentazione medica di carattere psichico e neurologico, che il medico SMR ha trasmesso il 21 maggio 2021 (doc. 304) al _____ per una presa di posizione. Il 16 luglio 2021 (doc. 307) il dr. med. _____ ha reso il suo complemento peritale, in cui ha riportato il riassunto delle prese di posizione dei precedenti psichiatri che hanno visitato l'assicurato e gli esiti della sua personale valutazione (i sintomi di un disturbo misto ansioso-depressivo persistevano, con presenza sia di ansia sia di depressione da lieve a moderata, senza predominanza dell'una o dell'altra, ma i sintomi non soddisfacevano i criteri di un disturbo d'ansia isolato o di un episodio depressivo), che aveva esposto nella sua perizia del 2019. Il perito ha ricordato che per la sua valutazione ha considerato tutti i certificati medici agli atti, in particolare i referti dei dr. _____, _____, _____ e _____, le cui diagnosi egli ha condiviso in parte e ne ha spiegato le ragioni. In merito all'ultimo referto dell'8 febbraio 2021 dello psichiatra curante, in cui il dr. med. _____ ha indicato che il paziente ha beneficiato di sedute di consulenza psicologica e di terapia psicofarmacologica e, aderendo al programma terapeutico-riabilitativo, è stato in grado di mantenere un'autogestione che gli ha permesso di svolgere adeguatamente le attività quotidiane, l'esperto nominato dall'Ufficio AI ha tuttavia rilevato che il collega non ha indicato alcun cambiamento nella valutazione diagnostica e ha menzionato le limitazioni dovute ai suoi problemi neuropsicologici, senza però descrivere ulteriormente i sintomi. Nel corso dell'esplorazione psichiatrica del 2019, oltre alle indicazioni di un disturbo ansioso-depressivo misto alla presenza di ansia e depressione da lieve a moderata, il perito ha potuto ipotizzare risorse nello stato mentale che erano associate a una capacità lavorativa residua. Pertanto, l'incapacità lavorativa descritta dal dottor _____ non era comprensibile da un punto di vista medico-assicurativo-psichiatrico, e da un punto di vista puramente psichiatrico non c'erano cambiamenti nella valutazione diagnostica e nella valutazione della capacità di lavorare nell'attività abituale e in un'attività adattata. La dr.ssa _____, a cui l'Ufficio AI il 26 luglio 2021 (doc. 308) ha trasmesso i referti neurologici dei dr. med. _____ del 20 ottobre 2020 e del 15 febbraio 2021, della dr.ssa _____ dell'_____ di _____ del 27 ottobre 2017 e del 1° febbraio 2021, della dr.ssa _____ del 9 aprile 2021 e il referto dell'8 febbraio 2021 dell'internista dr.ssa med. _____, il 7 febbraio 2022 (doc. 313) l'ha informato che purtroppo non poteva prendere posizione senza rivedere il paziente, dato che l'esame era stato effettuato nel 2019. Su tutta questa

documentazione si è espresso l'8 febbraio 2022 (doc. 314) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale. In merito all'email della neurologa, egli ha affermato che " La documentazione presentata in sede di osservazioni non riguardava una modifica di stato di salute successiva alla perizia - dal 12.10.2020 era riconosciuta IL 100% in ogni attività - bensì l'apprezzamento dal 28.05.2013 al 11.10.2020. ". Per la questione psichiatrica, il medico SMR ha evidenziato che il perito dr. _____ aveva preso posizione sull'ultimo rapporto del dr. _____ " in modo completo, esaustivo e condivisibile confermando le conclusioni della perizia psichiatrica ". Riguardo agli altri rapporti di natura non psichiatrica, il dr. _____ ha affermato che " presentano un apprezzamento dei curanti compiutamente esaminato nel corso della perizia dalla Dr.ssa _____ senza apportare fatti nuovi né modificazioni significative di fatti noti al momento della perizia. ". L'SMR ha così confermato il rapporto del 18 novembre 2020. A ciò hanno fatto seguito la decisione del 26 luglio 2022 e quelle del 25 agosto 2022 di attribuzione di una rendita intera dal 1° maggio 2013 al 28 febbraio 2014 e dal 1° ottobre 2020 in poi. Per il periodo intermedio, l'amministrazione ha ritenuto un'abilità lavorativa del 45% che non dava luogo a una rendita d'invalidità. Con entrambi i ricorsi, l'assicurato ha prodotto al TCA diversi documenti medici antecedenti il 2020 già agli atti dell'Ufficio AI, così come i referti del 2020 e del 2021 allegati alle osservazioni al progetto di decisione. L'unico nuovo certificato medico è stato emesso il 27 agosto 2022 dal dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, il quale ha criticato la valutazione peritale del collega riprendendo degli stralci e commentandoli. Egli ha ritenuto che le conclusioni del perito relative all'incapacità lavorativa dell'assicurato non erano condivisibili né laddove per il dr. _____ v'era una differenza nella valutazione tra attività da ultimo svolta (50%) e attività adeguata (30%) " mentre l'impatto dei disturbi psichici e neurologici funzionali può arrivare a compromettere in pari misura qualsivoglia attività lavorativa svolgibile ", né " rispetto alla valutazione del danno alla salute e della misura dell'incapacità lavorativa da considerare derivante dalla sommatoria dell'influenza dei disturbi neurologici funzionali e psichici che porta (...) ad una totale perdita della capacità lavorativa a partire dal 2014 in avanti ". Il dr. med. _____ si è pronunciato il 28 settembre 2022 (doc. VIII/1) su quest'ultimo referto psichiatrico dopo avere riletto attentamente la perizia bidisciplinare, riscontrando che: " il collega psichiatra nel suo puntuale esame della perizia antepone il suo apprezzamento di curante alla valutazione neutrale del perito Dr. _____. A livello diagnostico, di decorso e di correlazioni con la patologia neurologica. Il Dr. _____ ha esaminato in perizia in modo esaustivo il decorso dal 2013 e cita tutti gli atti medici pertinenti inclusa la valutazione dell'_____ di _____ cui si riferisce il Dr. _____ nel secondo paragrafo del suo scritto. La valutazione globale di consenso è avvenuta in modo completo, motivato ed esaustivo. Anche in questo punto si tratta di un diverso apprezzamento dello psichiatra curante in merito a capacità lavorativa rispetto alla valutazione peritale. Per quanto concerne il paragrafo conclusivo della disamina del Dr. _____, il Dr. _____ aveva preso posizione sul certificato del 08.02.2021 in modo completo, esaustivo e condivisibile confermando le conclusioni della perizia psichiatrica in data 16.07.2021. In ambito strettamente medico-psichiatrico, non emergono fatti nuovi, modificazioni significative di fatti noti rispettivamente fatti non adeguatamente considerati in perizia ovvero osservazioni specifiche che solo il perito sarebbe in grado di valutare in modo esaustivo, le quali permettano di modificare la precedente posizione SMR.". Quali nuovi mezzi di prova il ricorrente ha prodotto dei referti medici del 2018 (docc. V2-V7) e due referti, entrambi datati 14 novembre 2022, resi l'uno dalla Prof. dr.ssa med.

_____ dell'_____ di _____ (doc. V8) e l'altro dal dr. _____ (doc. V9). La specialista ha ricordato che l'assicurato era in loro cura dall'agosto 2017 per disturbi neurologici funzionali e che quando egli si è presentato la prima volta alla loro attenzione era inabile al lavoro al 100% e soffriva di deficit sensomotori ricorrenti ed episodici del lato sinistro con associati disturbi del linguaggio. Da allora, questi disturbi episodici hanno mostrato una variabilità trascurabile in termini di frequenza e intensità. Solo all'inizio del 2020, nell'ambito di una prova di lavoro organizzata dall'AI, si è verificato un significativo peggioramento complessivo delle condizioni del paziente, con un'esacerbazione dei sintomi neurofunzionali preesistenti. Tuttavia, il percorso a lungo termine mostrava una situazione generale stabile dal 2017. Sebbene non sia stata effettuata una valutazione dettagliata della capacità lavorativa, per la neurologa una percentuale elevata di capacità lavorativa sembrava poco realistica a causa del decorso cronico dei disturbi e degli effetti osservati di questi disturbi sulla vita professionale e privata. La curante ha rilevato che la mancanza di attività professionale, anche a tempo parziale, era molto difficile da accettare per il paziente. Infine, essa ha evidenziato che oltre ai sintomi depressivi, anche gli aspetti biografici possono contribuire all'incapacità lavorativa, motivo per cui la valutazione psichiatrica dell'incapacità lavorativa è molto importante. Su questo aspetto si è pronunciato il dottor _____, che ha criticato il perito laddove, pur tenendo conto dell'attendibilità e della gravità del disturbo neurologico funzionale, di fatto l'ha scartato quale principale causa invalidante, che ha invece attribuito al disturbo misto ansioso-depressivo (ICD-10: F41.2), rendendo però, d'avviso del curante, del tutto illogico l'aver riportato come diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa sia il codice F41.2 sia il codice F44.7, in quanto un'equa e giusta valutazione della capacità lavorativa che avesse tenuto conto della reale incidenza di tutti i fattori limitanti avrebbe portato certamente a una diversa quantificazione del danno alla salute e dell'inabilità. Dopo avere criticato ulteriori estratti della perizia del 2019 del dr. _____, lo psichiatra curante ha osservato che a un anno di distanza dalla perizia il fallimento della prova lavorativa rendeva più che presumibile e del tutto inoppugnabile il fatto che i disturbi afferenti al codice F44.7 siano stati sempre presenti negli anni precedenti, nonostante quanto asserisca il collega. Tutto ciò ha ingenerato delle perplessità sulle modalità con cui il perito è giunto alla valutazione della capacità lavorativa del 50% come esercente di pizzerie e del 70% in attività adeguate. Il 29 novembre 2022 (doc. XVI/1) il dottor _____ si è da ultimo espresso come segue sui due succitati referti dei curanti: " Il certificato dell'_____ del 14.11.2022 riporta le diagnosi già in precedenza certificate ed una breve cronistoria della presa a carico dal 2017; la redattrice Dr.ssa _____ commenta: "(...) [traduzione]". Si tratta di un apprezzamento soggettivo, non suffragato da dati oggettivi di novità tali da permettere una diversa presa di posizione. Il Dr. _____ nel certificato del 14.11.2022 riprende in parte quanto già espresso dal curante psichiatra il 08.02.2021, a cui il perito Dr. _____ ha risposto il 16.07.2021; adesso il Dr. _____ si sofferma sul fallimento della prova di lavoro effettuata nel 2020 per dimostrare che l'inabilità lavorativa completa fosse già presente in precedenza. Il Dr. _____ si riferisce, in effetti, a sue personali perplessità non suffragate da elementi evidentemente oggettivi se non riferirsi ad alcuni punti estrapolati ovvero decontestualizzati ad hoc della perizia del Dr. _____ senza tenere adeguato conto del complemento del 18.07.2021, in cui il perito riprende gli atti ed in modo esaustivo motiva che i sintomi riscontrati all'esame del 21.08.2019 non soddisfacevano i criteri di un disturbo d'ansia o di un episodio depressivo rispettivamente limitazioni da giustificare nel progresso inabilità lavorativa completa o comunque significativa. Non riscontro, in

conclusione, elementi di novità tali da modificare la precedente presa di posizione SMR.".

2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche *Pratique VSI 2001* pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C_168/2020 consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). L'allora TFA, nella decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l

'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione, l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto 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, a suo favore (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). Inoltre, 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" . Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del

resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 del 27 settembre 2001). Per quel che concerne l'invalidità psichica, in due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi , che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva 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 attraverso 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 e 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, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza, la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa

evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai giudizi 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 3.5.1 ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e DTF 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. 2.8. Nella presente fattispecie, chiamato a verificare se l'Ufficio AI abbia accuratamente vagliato le condizioni di salute dell'assicurato prima dell'emanazione della decisione impugnata, questo Tribunale conferma l'operato dell'amministrazione. Nella primavera del 2019 l'Ufficio assicurazione invalidità ha dato seguito alla STCA 32.2018.53 del 18 febbraio 2019 di esperire una perizia bidisciplinare (neurologica e psichiatrica) per stabilire le condizioni di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato dal 2013, che è stata affidata al _____. Gli specialisti neurologo (dr.ssa med. _____) e psichiatra (dr. med. _____) hanno visitato personalmente l'assicurato a fine agosto 2019 e, dopo che ognuno ha reso la propria valutazione, il 26 settembre 2019 hanno discusso oralmente la situazione globale e il 5 ottobre 2019 hanno steso il relativo rapporto peritale di valutazione interdisciplinare complessiva. Inizialmente, la capacità lavorativa medico-teorica definita dai periti è stata ripresa dal Servizio Medico Regionale il 24 dicembre 2019, ma dal periodo di accertamento professionale di inizio anno 2020 è emerso che essa non corrispondeva a quella effettiva riscontrata durante il mese di pratica. Il 25 maggio 2020 il dr. _____ ha perciò modificato nel 40-50% il grado di inabilità lavorativa in attività adatta dal 1° dicembre 2013. La diagnosi neurologica di disturbi neurologici funzionali (ICD-10: F44.7) stabilita nel 2017 dalla dr.ssa med. _____ della Clinica universitaria per neurologia di _____ non è in discussione, essendo stata fatta propria anche dalla dr.ssa med. _____, specialista in neurologia FMH, la quale ha visitato il ricorrente personalmente il 21 agosto 2019 e, per valutare la situazione e trarre le sue conclusioni, ha esaminato attentamente tutti i referti medici messi a disposizione dall'amministrazione. Anche la valutazione complessiva interdisciplinare annovera questa diagnosi e così i rapporti del Servizio Medico Regionale, perciò non v'è motivo di non tutelarla e di non ritenerla presente, in modo costante e permanente, dal 2013. Da quel momento, è pacifico che il quadro clinico è rimasto tale - eccetto durante le prove pratiche nel 2020 - e che gli episodi di disfunzionalità neurologica manifestati hanno ridotto la capacità lavorativa. Contestata è la misura di questa riduzione, che in attività adeguate la perita ha ritenuto essere del 30%, il dottor _____ del 45% e i medici curanti del 100%. Va qui al riguardo evidenziato che

non sempre, dal 2013, i neurologi curanti hanno stabilito nel 100% il grado di incapacità lavorativa del ricorrente, ma pure in misura inferiore. Per esempio, la dr.ssa _____ si è espressa il 14 febbraio 2020 (doc. 236) in merito alla proposta dell'Ufficio AI di far svolgere all'assicurato un accertamento professionale, affermando che era importante procedere progressivamente onde evitare un peggioramento dei sintomi. La neurologa della Clinica universitaria di _____ ha perciò proposto di iniziare un'attività al 10-20% suddivisa su 4-5 giorni, ovvero 1-2 ore al giorno, seguita da un lento aumento in base ai sintomi del paziente. Inoltre, la specialista, ad esplicita domanda dell'Ufficio AI che, in vista di adottare dei provvedimenti di reinserimento, le ha chiesto di esprimersi sulla possibilità, per l'assicurato, di riprendere un'attività leggera a tempo parziale partendo con 5 mezze giornate e con l'obiettivo di aumentare il tempo di presenza (doc. 251), il 9 luglio 2020 (doc. 252) ha ancora affermato che " Dal punto di vista neurologico è molto importante riprendere un'attività professionale lentamente e progressivamente. Consigliamo di riprendere un'attività leggera partendo dal 10-20% (2-3 ore al giorno), con un aumento progressivo del (10-20%) ogni 3-4 settimane o secondo lo stato di salute. Una ripresa diretta al 50% contiene un rischio di sovraccarico importante con deterioramento dei sintomi neurologici.". _____ Anche nella dichiarazione del 1° febbraio 2021 (doc. Q) la dr.ssa _____ ha riaffermato che, fatta salva una valutazione retrospettiva, nel periodo dall'agosto 2017 al gennaio 2021 dal profilo neurologico era raccomandabile una ripresa molto lenta e progressiva di un'attività adatta alla professione (responsabilità e attività fisica limitate, possibilità di effettuare pause regolari e di cambiare posizione, nessun lavoro a turni) con un pensum iniziale del 10-20% suddiviso su più giorni, con un successivo lento aumento progressivo, nel caso le condizioni di salute lo permettevano, a seconda dell'entità dei disturbi. Recentemente, la dr.ssa _____ ha ribadito, il 14 novembre 2022 (doc. V8), di non avere mai valutato nel dettaglio la capacità lavorativa dell'assicurato, concentrandosi invece piuttosto sulla diagnosi e sulla terapia. Essa ha però ipotizzato che i disturbi cronicizzati lamentati dall'interessato, che lo limitavano nella sua vita professionale e familiare, non potessero giustificare un'elevata percentuale di abilità lavorativa. Ciò non significa però quindi, come sostiene il ricorrente, che dal 2013 egli sia sempre stato totalmente inabile al lavoro. Il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, il 20 ottobre 2020 (doc. H) ha confermato " tutto quanto già discusso e descritto dai colleghi di _____ ", rilevando che la situazione era " rimasta essenzialmente invariata come già descritto in occasione di tutte le valutazioni neurologiche da parte della Clinica Universitaria di _____ ", eccetto un peggioramento degli episodi con deficit all'emicorpo sinistro che il paziente ha notato in occasione dei tentativi di reinserimento professionale nel 2020. Nel successivo certificato medico del 15 febbraio 2021 (doc. N), il neurologo ha certificato " di avere esaminato il paziente il 20 settembre 2013, 21.03.2017, 19.10.2017, 30.11.2017, 31.03.2018, 28.05.2018 e 19.10.2020. Dal mio punto di vista la situazione clinica era rimasta invariata a tutte le visite. Rimando altrimenti ai rapporti del Neurocentro di _____, dove il paziente è stato seguito regolarmente negli ultimi anni e dove si era poi ipotizzato che potesse riprendere un'attività al 10-20% a partire dall'agosto 2017. ". Nello stesso periodo, la dr.ssa med. _____, FMH medicina interna, dopo avere affermato che " Dal punto di vista lavorativo il paziente è inabile al 100% dal 2014 ", ha certificato che " attualmente riuscirebbe a fare un lavoro adeguato al 10-20% (per esempio un'ora al giorno) poi, come suggerito dalla Dr.ssa _____, si potrebbe nel tempo, provare ad aumentare tale capacità. " (doc. O). Anche il dottor _____, psichiatra e psicoterapeuta FMH, si è espresso in tal senso l'11 febbraio 2020 (doc. 237),

adducendo che " A questo riguardo la proposta avanzata dall'AI di valutare presso il CAP le possibilità di reinserimento professionale è stata accolta positivamente dal paziente il quale si è detto interessato e motivato ma va d'altro canto tenuto presente che a causa del lungo periodo di disabitudine al lavoro egli per il momento non è a mio avviso in grado di fornire delle capacità prestantive superiori al 20%. Tengo a precisare che tale avviso è condiviso per quanto riguarda l'aspetto strettamente neurologico anche dalla Dr.ssa _____ Neurocentro di _____ la quale si esprimerà in tal senso tramite un apposito certificato medico. ". Un anno dopo, l'8 febbraio 2021 (doc. P) lo psichiatra curante ha ribadito che dal 2015 l'assicurato era sempre inabile al lavoro al 100%, ma " Tenuto conto della evoluzione clinica, del contributo che un inserimento nella società può fornire allo stato valetudinario del paziente e delle considerazioni comunicate dalla Dr.ssa _____ dell'_____ di _____ nella lettera del 01.02.2021 con le quali concordo pienamente ritengo che il paziente sia in grado di svolgere e sostenere una attività lavorativa confacente e cioè adatta alle sue capacità di resistenza nella misura del 10-20%. ". 2.9. Il TCA osserva che il ricorrente ha sin dall'inizio sostenuto che tutti i suoi medici curanti l'hanno sempre ritenuto inabile al 100% in qualsiasi attività lavorativa sia dal profilo neurologico sia psichico, ma già solo i succitati referti medici contraddicono le conclusioni dell'assicurato. Inoltre, se d'un canto i curanti stessi - e il ricorrente - hanno sempre indicato che lo stato di salute dell'interessato non era mutato negli anni sin dal 2013, d'altro canto va evidenziato che, espressamente interpellata al riguardo dall'Ufficio assicurazione invalidità, a inizio 2020 la dr.ssa _____ ha invece affermato che un'attività lavorativa poteva essere esercitata dall'assicurato ma, onde evitare di peggiorare la situazione, era assolutamente necessario iniziare con una piccola percentuale di lavoro del 10-20% sotto forma di una o due ore al giorno per poi, a dipendenza delle sue condizioni di salute, aumentare molto gradatamente la presenza lavorativa anche di un 10-20%. La neurologa dell'_____ di _____ ha riconosciuto, da una parte, che v'era un'abilità lavorativa di almeno il 10-20% e, d'altra parte, che un'elevata capacità lavorativa - implicitamente, si riferiva alla valutazione peritale della dr.ssa _____, che ha stabilito nel 70% l'abilità in attività adatta - non era realistica. Il neurologo dr. _____, l'internista dr.ssa _____ e lo psichiatra dr. _____, hanno confermato le conclusioni della neurologa di _____ non solo nel 2020, ma ancora nel 2021. Essi hanno espressamente riconosciuto la presenza di una capacità lavorativa del 10-20%, malgrado abbiano sempre affermato che dal 2013 in poi nulla era mutato nelle condizioni di salute del ricorrente, e quindi anche la sua abilità lavorativa, se non un temporaneo peggioramento nell'inverno e nell'autunno 2020 in occasione della prova pratica di reinserimento al lavoro. Stanti le considerazioni esposte, accertato che anche i medici curanti hanno ritenuto una capacità lavorativa iniziale del 10-20% in attività adatte (non lavori a turni, responsabilità limitata, possibilità di effettuare pause regolari e cambiare posizione), aumentabile progressivamente del 10-20%, anche in virtù del fatto che un reinserimento nel mondo del lavoro era terapeutico per il ricorrente, non si rileva un valido e giustificato motivo, né dal profilo neurologico né psichiatrico, alla luce delle dettagliate analisi effettuate dai periti dell'_____, per non ritenere che il ricorrente disponesse dal dicembre 2013 di una capacità lavorativa residua del 55% come definita dal Servizio Medico Regionale, percentuale d'altronde più favorevole al ricorrente rispetto a quella definita dai periti dr.ssa _____ e dr. _____. 2.10. Occorre ancora precisare che la circostanza che lo psichiatra curante ha contestato la diagnosi posta dal collega perito non inficia questa conclusione. Non va infatti dimenticato che 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 (DTF 143 V 409 e 143 V 418). Inoltre, le critiche mosse dal dr. med. _____ alla valutazione peritale del 2019 del dr. med. _____ sono state da quest'ultimo ben fugate nel suo complemento peritale del 16 luglio 2021. Al riguardo, il TCA rileva, poi, che lo psichiatra curante ha decontestualizzato numerose affermazioni del perito, estrapolandole dal loro contesto per suffragare la propria tesi, ma così facendo ha mutato il senso delle constatazioni effettuate dal dr. _____ in occasione della sua valutazione. Quest'ultimo, invece, sulla base dell'anamnesi, della valutazione personale delle condizioni di salute del ricorrente, della terapia farmacologica in essere e della descrizione della giornata, ha spiegato i motivi per cui si è in parte distanziato dai pareri degli altri specialisti che prima di lui, negli anni passati, hanno valutato l'interessato e come è quindi giunto a porre la diagnosi e a determinare l'incapacità lavorativa dell'assicurato. Alla luce di ciò, un'inabilità lavorativa totale dal lato psichico, così come inizialmente certificata dal dottor _____, ma anche un'inabilità del 10-20% come in seguito da quest'ultimo attestato, si scontra, d'avviso della scrivente Corte, con la descrizione dello svolgimento della giornata dell'insorgente e lo status psichico descritto dal perito. L'assicurato, infatti, era attivo durante tutto il giorno con diverse occupazioni: si prendeva cura dei figli preparando loro la colazione, accompagnandoli e riprendendoli a scuola, a casa eseguiva gli esercizi di fisioterapia, preparava il pranzo, si occupava delle faccende domestiche insieme alla compagna, nel pomeriggio andava a fare la spesa, preparava la cena e riordinava la cucina. Egli aveva, poi, un ottimo rapporto con i figli e la compagna, come pure aveva dei contatti sociali e dunque buone capacità di comunicazione; era anche socievole. Il fatto che, nell'esame della personalità, la percezione di sé e degli altri, il senso della realtà, la formazione del giudizio, il controllo degli affetti e degli impulsi, l'intenzionalità e la volizione erano apparsi compromessi al perito, non giustifica, come invece sostenuto dallo psichiatra curante, che l'assicurato non fosse più in grado di svolgere una qualsiasi attività lavorativa o anche solo in ragione del 10-20%. Il dr. _____ ha invece rilevato modelli comportamentali ricollegabili a un funzionamento e a una capacità sociali disturbati, ma questi fattori negativi erano comunque bilanciati dalle risorse positive di cui l'assicurato disponeva (rapporto di coppia sincero, ottima relazione con i figli, contatti sociali, buone capacità di comunicazione). Inoltre, il trattamento psichiatrico e psicoterapeutico in essere dal 2015, che ha portato l'assicurato a sentirsi psichicamente meglio, era combinato con una farmacoterapia antidepressiva, che per il perito poteva essere aumentata per migliorare ulteriormente la sintomatologia psichica, visto che il ricorrente non era in grado, nemmeno con un ragionevole sforzo di volontà, di superare i suoi disturbi psichici. Non va poi dimenticato il desiderio espresso dall'interessato di tornare a lavorare e la circostanza che, malgrado il suo quadro psichico, l'esperto ha ritenuto plausibile, da parte dell'assicurato, uno sforzo di volontà in vista di riprendere a lavorare e quindi di recuperare la sua capacità lavorativa, non essendoci quindi ostacoli medici a una integrazione professionale immediata. Tutto ben considerato, il TCA conclude che anche dal profilo psichico l'insorgente disponeva di risorse da mettere a frutto tali da potere essere ritenuto dal 1° dicembre 2013 abile al 55% in attività adeguate come stabilito dal dr. med. _____ dell'SMR, percentuale del resto più favorevole a quella stabilita dal dr. med. _____ nel 2019 (70%). La capacità lavorativa del 50% nell'attività di esercente di pizzerie

determinata dal perito è invece stata confermata anche dal Servizio Medico Regionale e va perciò tutelata come tale. 2.11. Sulla scorta delle considerazioni esposte, non vi sono elementi oggettivi tali per scostarsi dalle considerazioni e dalle conclusioni che il Servizio Medico Regionale ha tratto il 25 maggio 2020 e che ha confermato il 18 novembre 2020, l'8 febbraio 2022, il 22 settembre 2022 e il 29 novembre 2022, sulle condizioni di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato sia dal profilo somatico sia psichico. Essendo convincenti e non essendo presenti dei validi certificati medici che attestano una situazione clinica peggiore, le chiare considerazioni del dr. med. _____ vanno pertanto fatte proprie dal Tribunale. La circostanza che il medico SMR sia specialista in psichiatria e non in neurologia non inficia, nel caso di specie, le sue valutazioni. In effetti, egli si è soltanto pronunciato su dei certificati medici di carattere neurologico affermando che il quadro clinico prima del 2019 era già stato esaminato attentamente dalla dr.ssa med. _____, FMH in neurologia, durante la sua valutazione. Quanto ai nuovi referti specialistici allestiti dopo la valutazione peritale del 2019, il dr. med. _____ ha affermato che ribadiscono semplicemente la situazione nota dal 2017 e che non si sono espressi sull'insorgenza né di nuove patologie né di altre conseguenze delle stesse. Anzi, anche questi recenti referti non fanno che indicare che la situazione non è mutata dal 2013. Il dottor _____ non ha quindi prevaricato la sua specializzazione affermando che detti referti di carattere neurologico non modificavano la situazione nota e già esaminata dalla perita. Sulla scorta di queste considerazioni, per il TCA le affermazioni dell'insorgente su una sua peggiore situazione clinica rispetto a quella accertata dall'Ufficio AI rimangono quindi una mera ipotesi di carattere soggettivo, che non va perciò indagata ulteriormente. Dopo avere esaminato l'intera documentazione medica a disposizione, una nuova valutazione dello stato di salute del ricorrente, così come da esso esplicitamente richiesta non ritenendo completi gli accertamenti esperiti dall'Ufficio AI, non è perciò affatto necessaria. Infatti, si deve ritenere che i referti a disposizione del Tribunale siano già completi, sufficientemente dettagliati e chiari per definire lo stato dell'assicurato, senza che sia quindi utile l'esperienza di ulteriori accertamenti. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.12. Quanto alle conseguenze economiche del danno alla salute del ricorrente, l'amministrazione ha calcolato dal 2013 al 2019 la perdita di guadagno che si avrebbe con una capacità lavorativa residua del 55% in attività adeguate. Il reddito da valido di Fr. 49'098.- annui conseguito nel 2007 dall'assicurato è stato ritenuto dal Servizio d'inchiesta, che ha effettuato il 9 giugno 2016 (doc. 121) l'inchiesta per indipendenti, quale reddito lordo di base da cui partire, trattandosi dell'ultimo anno lavorativo completo dell'interessato che era disponibile. Il consulente in integrazione professionale ha quindi aggiornato questo dato dal 2008 al 2019

per determinare il grado di invalidità per ciascuno di questi anni (docc. 274-280). Per ogni anno, poi, ha paragonato il reddito da valido aggiornato al reddito da invalido, preso in ragione del 55%, determinato sulla base dei dati statistici per quanto concerne le attività semplici e ripetitive secondo la tabella TA1 disponibile nell'anno determinante e, se del caso, ha aggiornato anche questo reddito all'anno in cui l'assicurato avrebbe avuto diritto alla rendita. Ne sono scaturiti dei gradi di invalidità, per il periodo in esame dal 2013 al 2019, del 31,73% ([Fr. 52'899,43 - Fr. 36'112,71] : Fr. 52'899,43 x 100) rispettivamente del 31,44%, 31,44%, 31,79%, 31,79%, 31,42% e del 31,44% per il 2019 ([Fr. 54'840 - Fr. 37'599] : Fr. 54'840 x 100). L'insorgente ha in primo luogo evidenziato che non gli sarebbe stata data la possibilità di verificare i calcoli effettuati dall'Ufficio assicurazione invalidità non essendo possibile reperire nell'incarto AI la documentazione utilizzata. Inoltre, non sarebbe stato indicato a quale tabella RSS l'Ufficio AI abbia fatto capo per determinare il reddito da invalido, ossia a quale anno la tabella utilizzata si riferisca, e qual è l'attività salariale adeguata su cui si è basata. Il ricorrente ha poi rimproverato all'amministrazione di non avere utilizzato la medesima base temporale per stabilire i redditi da valido e da invalido. Nemmeno è stato specificato il reddito da invalido annuo di partenza, ma solo il reddito annuo finale (Fr. 37'599.-) senza indicare la percentuale di invalidità (recte : capacità lavorativa) che sarebbe stata applicata sul reddito annuo determinante. Infine, l'assicurato ha contestato la mancata applicazione della riduzione del 25% per motivi personali e la parallelizzazione dei redditi.

2.13. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve 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 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273

consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4 [denominato ora livello di competenze 1]) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin , Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “ Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen ”; Doudin , La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, in: SZS 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d'idee, il Tribunale federale ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin , op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA U 871/02 del 20 aprile 2004, consid. 3; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Va infine rilevato che, per 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 TFA ha già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Da ultimo, va ricordato che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; egli valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per

l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). 2.14. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), come ricordato nella STF 9C_151/2020 del 5 maggio 2020 al considerando 6.1, decisivo non è il guadagno realizzato nell'ultima attività svolta, bensì il reddito che la persona assicurata conseguirebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse diventata invalida. Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 144 I 103 consid. 5.3; DTF 134 V 322 consid. 4.1), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (RAMI 2000 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (*Pratique VSI 2002* pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Nella citata STF 9C_151/2020 il Tribunale federale ha inoltre evidenziato che nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, in circostanze particolari ci si può scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dalla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_329/2014 del 1° luglio 2014 consid. 5.2). 2.15. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli

assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, in passato questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però successivamente stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il Tribunale federale ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.16. Innanzitutto va osservato che le motivazioni allegare alle decisioni impugnate specificano chiaramente il " salario annuo lordo per l'anno 2019 di CHF 54'840.00 (fonte: reddito stabilito dall'ispettrice nel rapporto dell'inchiesta per indipendenti del mese di giugno 2016 - reddito aggiornato al 2019 ". Anche ciascuna tabella di calcolo specifica, in calce, che il reddito da valido si riferisce al salario del 2007, aggiornato al 2019, come risulta dal rapporto dell'inchiesta per indipendenti del 9 giugno 2016. Considerato che l'assicurato ha ricevuto una copia dell'intero incarto dell'Ufficio assicurazione invalidità, non doveva perciò essere particolarmente oneroso recuperare questo dato. Peraltro, agli atti sono presenti tutte le tabelle di calcolo che l'Ufficio AI ha utilizzato per determinare il grado di invalidità del ricorrente dal 2013 al 2019 (docc. 274-280). Esse indicano su quale tabella RSS TA1, ossia di quale anno, l'amministrazione si è basata per calcolare il reddito statistico da invalido, quale reddito da valido e da invalido ha ritenuto, quale era il reddito da invalido statistico di partenza e quale quello ridotto in base alla capacità di lavoro residua. Va riconosciuto che, effettivamente, nelle motivazioni allegare alle decisioni non è indicata né la tabella TA1 che è stata applicata né il reddito statistico da invalido di partenza, ma solo quello già ridotto in funzione della capacità lavorativa residua in attività adeguate, che è chiaramente specificata. Per contro, le tabelle

di calcolo non indicano quale sia questa capacità lavorativa residua. Quanto alla lamentela che al ricorrente non sono state fornite le tabelle RSS e che le stesse non si trovano agli atti, il TCA rileva che questi dati sono reperibili sul sito dell'Ufficio federale di statistica, motivo per cui non si può pretendere, soprattutto da parte di un legale, che l'Ufficio AI trasmetta agli assicurati copia di tutti i documenti di cui si avvale per le sue decisioni. " Le attività semplici e ripetitive, valore mediano ", a cui si riferiscono le motivazioni dell'Ufficio AI per stabilire il reddito da invalido in attività adeguate, per definizione non si riferiscono a un'attività lavorativa specifica, ma rappresentano per l'appunto il salario medio (" totale ") di tutte le attività che possono essere esercitate in Svizzera (qui dagli uomini) nel settore privato. La categoria 1, che si riferisce alle attività semplici di tipo fisico o manuale, fino al 2012 era la categoria 4 e concerneva le attività semplici e ripetitive (STF 8C_734/2020 del 31 marzo 2021). Come risulta dalle tabelle di calcolo agli atti, poi, l'Ufficio AI ha debitamente aggiornato parallelamente i redditi da valido e da invalido in funzione del rincaro per l'anno determinante per il diritto alla rendita. Nessuna critica può dunque essere mossa all'amministrazione riguardo alla determinazione dei redditi da valido e da invalido dal 2013 al 2019. 2.17. 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. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. L'Alta Corte, con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014, ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nelle STF 8C_730/2019, 8C_765/2019 e 8C_9/2020, tutte del 10 giugno 2020 e concernenti casi ticinesi, il Tribunale federale ha ribadito al considerando 4.4.1 che se un reddito da invalido è stabilito in base ai dati statistici, bisogna chiedere se tale ammontare non debba subire una riduzione. L'influsso di tutti i fattori sul reddito (limitazioni relative al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità/tipo di permesso di residenza e grado di occupazione) deve essere valutato nel suo insieme considerando tutte le circostanze del caso concreto, facendo

corretto uso del proprio potere di apprezzamento, senza che occorra procedere a una quantificazione separata di ogni fattore di riduzione. In ogni caso, la riduzione non deve superare il 25% (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; 134 V 322 consid. 5.2 pag. 327 seg.; 126 V 75 consid. 5b/bb pag. 80). Inoltre il TF (cfr. consid. 4.4.3), riferendosi all'art. 57 LPGA, ha ricordato che il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire semplicemente il suo apprezzamento a quello dell'autorità amministrativa; egli deve appoggiarsi sulle circostanze che sono di natura a dimostrare il proprio apprezzamento come il più appropriato (DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 con riferimento). Soprattutto, l'Alta Corte ha osservato quanto segue: " 4.4.4. Una riduzione del reddito da invalido può essere applicata soltanto se nel caso concreto sussistono elementi a sostegno della circostanza che la persona assicurata a causa dell'uno o dell'altro criterio (o di più criteri) non può sfruttare professionalmente in un mercato equilibrato del lavoro se non in maniera inferiore alla media la sua restante e limitata capacità lavorativa (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; sentenza 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.2.2 con riferimento). Occorre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti). Il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2)". 2.18. Nell'evenienza concreta, il ricorrente non comprova né pretende in alcun modo che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Pertanto, l'aumento della deduzione dal reddito da invalido, basato esclusivamente sulle limitazioni derivanti dal danno alla salute, non può essere in concreto concesso (cfr. citate STF 8C_730/2019, 8C_765/2019 e 8C_9/2000, consid. 4). Il ricorrente è infatti in grado comunque di svolgere delle attività semplici contemplate dai settori della produzione e dei servizi previste nella Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di competenze 1, visto che un numero significativo di queste attività sono di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute. Inoltre, considerato che la capacità lavorativa del 55% in attività adeguate tiene già conto della limitazione, per il ricorrente, di potere svolgere delle attività fisiche leggere, con la possibilità di effettuare delle pause e di alternare la posizione, non è dunque possibile accordare una deduzione per attività leggere come richiesto dall'insorgente. In merito alla riduzione per altri motivi, la scrivente Corte osserva che l'amministrazione, in un primo momento, quando il 27 dicembre 2019 (doc. 226) il consulente in integrazione professionale ha determinato per la prima volta il grado di invalidità sulla scorta del rapporto finale SMR del 24 dicembre 2019 - che prevedeva ancora una capacità lavorativa residua in attività adeguate del 70% -, ha ritenuto una riduzione dello 0% per attività leggere, ma dell'8% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Questo fattore di riduzione, benché chiaramente indicato nei fogli che spiegano le riduzioni al

reddito ipotetico da invalido allegati alle tabelle di calcolo per gli anni 2013-2019, non è però stato conseguentemente riportato anche in queste tabelle. Infatti, esse prevedono che le riduzioni per attività leggere e per gli svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari sono dello 0%. La riduzione dell'8% non è dunque più stata considerata nel calcolo del grado di invalidità. In conclusione, l'amministrazione non ha effettuato alcuna ulteriore riduzione al reddito statistico da invalido che ha ritenuto nella misura del 55% per tenere conto della capacità residua. Quand'anche si procedesse alla determinazione del grado di invalidità tenendo conto di questo fattore di riduzione, che va aumentato al 10% in virtù della citata giurisprudenza relativa ai fattori di riduzione che devono essere dei multipli di 5, il risultato finale, comunque, non cambierebbe. 2.19. Da quanto precede discende che il reddito (ipotetico) da valido di Fr. 52'899,43 che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nel 2013 come pizzaiolo/esercente di pizzerie al 100% senza il danno alla salute va confrontato con il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato nel 2013 a Fr. 65'659,48 ma che, ritenuto nella misura del 55% stante la ridotta capacità lavorativa residua esigibile dell'assicurato in attività adeguate, va considerato in ragione di Fr. 36'112,71 (Fr. 65'659,48 x 55 : 100). La perdita di guadagno del 31,73% che risulta dal confronto fra questi due importi ([Fr. 52'899,43 - Fr. 36'112,71] : Fr. 52'899,43 x 100), che va arrotondata al 32% (DTF 130 V 121), non dà diritto all'assicurato a una rendita di invalidità dal 1° marzo 2014, ossia tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento, dal 1° dicembre 2013, della capacità lavorativa, poiché tale grado di invalidità è inferiore al grado pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). Per gli anni seguenti, aggiornando secondo il rincaro annuo entrambi i summenzionati redditi da porre a confronto con il metodo ordinario, la situazione non cambia, giacché si ottiene sempre un grado di invalidità inferiore al 40% (cfr. pag. 3 delle motivazioni allegate alle decisioni impugnate). Infine, il TCA rileva che anche se si applicasse la riduzione dell'8%, da riportare, come indicato, al 10%, per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari di cui ha accennato l'Ufficio AI in un suo scritto, ma di cui non ha poi tenuto conto nei suoi calcoli, il risultato non muterebbe comunque. Il reddito statistico da invalido si assesterebbe, per l'anno 2013, a Fr. 32'501,44 (Fr. 36'112,71 - 10%) e dal confronto fra i redditi da valido e da invalido si otterrebbe un grado di invalidità del 38,56% ([Fr. 52'899,43 - Fr. 32'501,44] : Fr. 52'899,43 x 100) e quindi del 39%. Per l'anno 2019, si avrebbe un reddito da valido di Fr. 54'839,68 e un reddito da invalido di Fr. 68'361,39 che, preso al 55%, dà l'importo di Fr. 37'598,76 che, ridotto a sua volta del 10%, porta il reddito ipotetico da invalido a Fr. 33'838,88. Dal raffronto dei due redditi si giunge a un grado di invalidità del 38% (38,29%). Il ricorso è di conseguenza respinto e le decisioni di attribuzione di una rendita intera di invalidità dal 1° maggio 2013 al 28 febbraio 2014 e dal 1° ottobre 2020, con versamento dal 1° ottobre 2013 stante la domanda AI tardiva, devono essere confermate integralmente. Le decisioni del 26 luglio 2022 e del 25 agosto 2022 di rifiuto, implicito, di attribuzione di una rendita di invalidità (intera) dal 1° marzo 2014 al 30 settembre 2020, stante una capacità lavorativa residua del 55% dal 1° dicembre 2013, vanno perciò confermate. 2.20. Nel suo ricorso l'assicurato ha postulato il riconoscimento del gratuito patrocinio per la sede amministrativa, visto che la Cassa gliel'ha negato ritenendo che non era data la necessità dell'assistenza di un legale, rientrando la fattispecie nella casistica delle consuete pratiche dell'assicurazione invalidità. Va qui rilevato che già prima dell'entrata in vigore della LPGA, la giurisprudenza (vedi, per l'assicurazione invalidità: DTF 114 V 228, per l'assicurazione contro gli infortuni: DTF 117 V 408 precisata con la DTF 125 V 32) aveva riconosciuto, senza imporre alcun limite temporale, il diritto al gratuito patrocinio nell'ambito della procedura amministrativa in

materia di assicurazioni sociali, a condizione che fossero rispettati gli stessi presupposti applicabili nella procedura giudiziaria, ovvero il richiedente deve trovarsi nel bisogno, il patrocinio deve essere necessario o perlomeno indicato e le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b). L' allora TFA aveva peraltro sottolineato che le condizioni per la concessione del gratuito patrocinio dovevano essere valutate con rigore (SVR 2000 KV Nr. 2, consid. 4c, pag. 6, in fine). L'art. 37 cpv. 4 LPGa, relativo alla rappresentanza e patrocinio nella procedura davanti all'assicuratore, prevede che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare del patrocinio gratuito. Qualora, dunque, un assicurato non disponga di sufficienti mezzi finanziari, le sue conclusioni non siano sprovviste di possibilità di successo e la lite non sia priva di difficoltà di ordine fattuale o giuridico, egli ha diritto al gratuito patrocinio nella procedura di opposizione del diritto delle assicurazioni sociali (SVR 2004 EL Nr. 4). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGa, l'art. 37 cpv. 4 LPGa utilizzi la formulazione " se le circostanze lo esigono ", anziché quella " se le circostanze lo giustificano ", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser , ATSG-Kommentar, 3a ed., Zurigo, Basilea, Ginevra 2015, n. 35 ad art. 37, pag. 530 e seguenti; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Peraltro, giusta l'art. 37 cpv. 4 LPGa, la concessione del gratuito patrocinio richiede una domanda in questo senso (Kieser , op. cit., n. 33 ad art. 37, pag. 529). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (Kieser , op. cit., n. 22 ad art. 37, pag. 504-505). Quindi, le tre condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono adempiute qualora l'assistenza di un avvocato appaia necessaria o comunque indicata, se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (STF I 134/06 del 7 maggio 2007; STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; STFA U 234/00 del 23 maggio 2002; DTF 125 V 202 consid. 4a; DTF 125 V 372 consid. 5b; DTF 124 I 1, consid. 2a, pag. 2; DTF 121 I 323 consid. 2a, DTF 120 Ia 15 consid. 3a, 181 consid. 3a). Queste condizioni di concessione dell'assistenza giudiziaria, poste dalla giurisprudenza sotto l'egida dell'art. 4 vCost. fed., sono applicabili alla concessione dell'assistenza gratuita di un consigliere giuridico nella procedura d'opposizione (STFA I 557/04 del 29 novembre 2004, consid. 2.1; SVR 2007 EL Nr. 7, consid. 5.2.2). Tuttavia, la questione di sapere se esse sono realizzate deve essere esaminata in virtù di criteri più severi nella procedura amministrativa (Kieser , op. cit., n. 28 e n. 35 ad art. 37, pagg. 528 e 530). A tal proposito, occorre tenere conto delle circostanze del caso concreto, della particolarità delle regole di procedura applicabili, così come delle specificità della procedura amministrativa in corso. In particolare, occorre menzionare, oltre alla complessità delle questioni di diritto e dei fatti, le circostanze concernenti la persona in oggetto, come la sua capacità di orientarsi in una procedura. Quale regola generale, il gratuito patrocinio è necessario quando la procedura è suscettibile di riguardare in maniera particolarmente grave la situazione giuridica della persona interessata. Altrimenti, una tale necessità esiste soltanto quando alla relativa difficoltà del caso si aggiunge la complessità della fattispecie o dei quesiti giuridici, alla quale il richiedente non è in grado di farvi fronte da solo (DTF 130 I 182 consid. 2.2; SVR 2007 EL Nr. 7, consid. 5.2.2). La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso

concreto, ossia dalla particolarità della norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non dev'essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussista la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso (“ Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist .”, cfr. DTF 125 V 35 consid. 4b e riferimenti; DTF 119 Ia 265) oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione (“ E ine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt“ ; DTF 132 V 201 consid. 4.1). Inoltre, l'assenza di conoscenze giuridiche non è atta a fondare la necessità del patrocinio da parte di un avvocato nella procedura di opposizione. Il fatto che viga il principio inquisitorio giustifica l'applicazione di un parametro restrittivo (DTF 142 V 342 consid. 7 = SVR 2016 IV Nr. 41). Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA I 447/04 del 2 marzo 2005, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo, cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza confermata nuovamente nella STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008). 2.21. Nel caso concreto, alla luce dell'evoluzione della fattispecie, faceva difetto la necessità di un patrocinio legale per l'interessato per difendere i suoi interessi davanti all'Ufficio assicurazione invalidità. Sulla base della rigorosa giurisprudenza federale, non va dunque ritenuta come necessaria la presenza di un avvocato già in sede amministrativa. In un primo momento, l'assicurato ha gestito autonomamente la sua domanda di prestazioni dall'assicurazione invalidità, inviando all'Ufficio AI i documenti economici relativi alle sue società e i certificati medici di cui disponeva. È poi il medico SMR che il 4 marzo 2015 (doc. 100), esaminati questi referti, ha deciso di seguire l'indicazione posta dai curanti neurologi e di sottoporre l'assicurato a una perizia psichiatrica e in seguito a un test neuropsicologico e di validazione (doc. 111). L'avv. RA 1 è intervenuta nella procedura la prima volta il 17 maggio 2017 (doc. 148), dopo l'emanazione del progetto di decisione del 10 aprile 2017 (doc. 140) di attribuzione di una rendita di invalidità dal 1° maggio 2013 al 31 gennaio 2014. In seguito, ha tenuto al corrente l'amministrazione sugli sviluppi del quadro clinico del suo assistito, sulle visite mediche specialistiche a cui si stava per sottoporre per chiarire la problematica neurologica e sui sopraggiunti disturbi psichici. Dopodiché, la patrocinatrice dell'assicurato ha impugnato davanti a questo Tribunale la decisione dell'8 marzo 2018 con cui l'Ufficio AI confermava il suo progetto, aggiornando gli atti medici in suo possesso. Come noto, il TCA ha accolto il ricorso per quanto concerne l'aspetto medico e ha rinviato gli atti all'amministrazione per procedere con una perizia bidisciplinare. La legale è intervenuta trasmettendo ulteriori referti medici per sostenere che il programma di integrazione

proposto dall'Ufficio AI dal 17 febbraio al 13 marzo 2020 non era adeguato alle condizioni di salute dell'interessato (doc. 231) rispettivamente per segnalare che il provvedimento integrativo di potenziamento della resistenza previsto dal 5 ottobre 2020 al 5 gennaio 2021 era subito fallito (doc. 261). Al progetto di assegnazione di una rendita intera del 7 dicembre 2020 sono seguite delle osservazioni postulanti la rendita intera anche dal 1° marzo 2014 al 30 settembre 2020 (doc. 296). Sulla base della documentazione esposta, questo Tribunale ritiene che l'intervento di un avvocato patentato, nel preciso caso di specie, non era necessario, potendosi l'assicurato gestire da solo davanti all'autorità amministrativa trasmettendole man mano i referti medici che gli venivano rilasciati dopo ogni visita medica. Semmai, egli poteva fare capo all'aiuto di rappresentanti di associazioni di invalidi, sindacati o altre persone nel settore sociale. Il patrocinio dell'avv. RA 1 non era affatto indispensabile per formulare le osservazioni ai due progetti di decisione e ciò né per la natura della causa stessa né per il contenuto dei suoi scritti che, per quanto concerne l'aspetto medico, hanno postulato, fra l'altro, l'erezione di una perizia per riesaminare la patologia di cui l'assicurato soffriva e prodotto dei referti medici sia antecedenti sia successivi ai progetti. Non solo la richiesta di effettuare una perizia medica, ma anche i documenti medici potevano pacificamente essere trasmessi dall'assicurato. D'altronde, è praticamente la prassi, per l'Ufficio assicurazione invalidità, ordinare l'erezione di perizie, anche multidisciplinari, per valutare lo stato di salute degli assicurati qualora vi siano dei certificati di medici curanti che attestino un determinato stato che va ulteriormente indagato o semplicemente confermato (STCA 32.2018.55 del 4 marzo 2019, consid. 2.4 pag. 18). In un ambito come quello dell'assicurazione invalidità, dove vige il principio inquisitorio, di principio, tranne nei casi complessi, l'intervento di un avvocato già in sede amministrativa non è necessario (SVR 2016 IV Nr. 41 consid. 7.2). Nel preciso caso di specie non si trattava di dover dirimere una difficile questione giuridica, ma di fare unicamente presente all'Ufficio AI, dapprima, che vi erano delle patologie non ancora chiarite, in ambito neurologico, da tenere in considerazione per la valutazione della sua invalidità e poi, a seguito della perizia bidisciplinare effettuata su ordine del TCA, che le patologie presenti comportavano un'inabilità lavorativa totale in qualsiasi attività. L'erezione di questa perizia non ha modificato il grado di (non) complessità della pratica concernente il ricorrente. Sulla scorta delle considerazioni esposte, dovendo la necessità di patrocinio da parte di un legale essere verificata con rigore, la richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa non può di conseguenza essere ammessa. Pertanto, tanto le osservazioni al progetto di decisione del 17 aprile 2017 quanto quelle al nuovo progetto del 7 dicembre 2020 potevano essere inoltrate dall'assicurato medesimo senza necessità di fare capo a un legale. L'essersi rivolto a un legale ha comportato che l'assicurato si è assunto il rischio di non vedersi riconosciute le spese legali derivanti dall'intervento di un esperto, non essendovi i necessari presupposti legali. D'altronde, la giurisprudenza ha da tempo precisato che la necessità di interpellare un patrocinatore legale è data solo nei casi in cui la fattispecie è complessa e vi sono difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dall'assicurato stesso o da persone cognite in materia appartenenti ad associazioni che operano in difesa degli assicurati, assistenti sociali e simili versati nella materia. Da quanto precede discende che le circostanze concrete non esigevano che, a quello stadio della procedura, l'assicurato si rivolgesse ad un legale per fare valere i suoi diritti davanti all'amministrazione. Di conseguenza, il ricorrente non può beneficiare del gratuito patrocinio nella procedura amministrativa, senza che sia più necessario verificare se si trovava nel bisogno e se le sue conclusioni non sembravano avere esito sfavorevole. 2.22.

L'insorgente ha infine chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio anche per la sede ricorsuale (doc. I). Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). Per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso non era, sin dall'inizio, sprovvisto di esito favorevole. Infatti, dalle conclusioni della perizia in ambito neurologico e psichiatrico il Servizio Medico Regionale si è in un secondo momento distanziato, non per quanto concerne le diagnosi, ma la determinazione della capacità lavorativa residua. Inoltre, i numerosi referti dei medici curanti hanno dapprima certificato un'inabilità lavorativa totale e poi hanno ritenuto possibile l'esercizio di attività adeguate in misura limitata. Tutto ciò porta il TCA ad affermare che, a un esame sommario, le conclusioni dei due ricorsi non possono essere ritenute prive di probabilità di successo (STF 9C_148/2021 del 25 ottobre 2021, consid. 5). Come ha ribadito il Tribunale federale (STF 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011, consid. 9), una parte è indigente quando non è in grado di assumere le spese del processo senza intaccare i mezzi necessari al suo sostentamento personale e a quello della famiglia (DTF 135 I 221 consid. 5.1 pag. 223 seg.; 128 I 225 consid. 2.5.1 pag. 232; 127 I 202 consid. 3b pag. 205). Per accertarne lo stato di bisogno va preso in considerazione l'insieme della sua situazione finanziaria. Vanno quindi considerati gli elementi di reddito - come pure quelli della sostanza (DTF 124 I 97 consid. 3b pag. 98 con riferimenti) - di entrambi i coniugi (DTF 119 Ia 11 consid. 3a pag. 12; 115 Ia 193

consid. 3a pag. 195; 108 Ia 9 consid. 3 pag. 10; cfr. pure sentenza 8C_446/2009 del 7 gennaio 2010 consid. 7). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento dei coniugi derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 12 consid. 3a; STF I 129/06 dell'8 maggio 2006, consid. 3.2; STF I 491/02 del 10 febbraio 2003, consid. 3.2.1; STF U 278/00 del 5 marzo 2001, consid. 4). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CCS (Cocchi/Trezzini , op. cit., n. 20 ad art. 155, pag. 479 e giurisprudenza ivi citata). Dal punto di vista temporale, il presupposto del bisogno dell'istante deve essere determinato al momento in cui si statuisce sulla richiesta di assistenza giudiziaria (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 108 V 265), in particolare quando il lasso di tempo trascorso tra domanda e decisione è importante (cfr. anche Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 155, pag. 485, n. 39. In senso contrario, cfr. DTF 108 Ia 108; DTF 120 Ia 179 consid. 3a; RDAT 1998-II n. 36; per un commento cfr. Cocchi/Trezzini , op. cit., pag. 485-486, nn. 39, 40 e 41 con relative note). L'assicurato va posto nel nucleo familiare composto dalla convivente e dai loro due bambini. Il papà ha un obbligo di mantenimento legale nei confronti dei figli, mentre nei confronti della concubina l'obbligo di mantenimento – fatti salvi eventuali contratti stipulati in tal senso fra i genitori – è d'ordine unicamente morale. Ritenuto comunque come i genitori convivano durevolmente in comunione domestica almeno dal 2009, data in cui condividono l'appartamento di via _____ a _____ (doc. U5) e che insieme abbiano generato due figli, è possibile assimilare questo nucleo familiare ad una famiglia con genitori sposati, che si devono vicendevolmente sostenere e mantenere (DTF 130 III 765; STF 4P.261/2003 del 22 gennaio 2004; STCA 32.2013.141; STCA 33.2005.6). Dovendo porsi ad oggi, dalla documentazione prodotta (docc. U-U7) risulta che, complessivamente, è data la condizione dell'indigenza dell'assicurato. Va considerato che dal 1° luglio 2022 egli beneficia di una rendita intera di invalidità di Fr. 1'292.- al mese e della rendita per figli di Fr. 474.- per ciascun figlio, di cui due vivono in casa; inoltre, la convivente lavora come commessa in un supermercato. Va poi osservato che dei quasi Fr. 50'000.- che gli sono stati riconosciuti per prestazioni retroattive di invalidità per sé e i due figli per il periodo dal 1° ottobre 2020 al 31 agosto 2022, gli sono stati versati circa Fr. 6'000.-, dato che la differenza, così come altri versamenti retroattivi per rendite dal 1° ottobre 2013 al 28 febbraio 2014, sono stati integralmente compensati con i crediti di enti esterni che hanno a suo tempo anticipato le prestazioni, perciò egli non può fare capo a questa sostanza per pagare le spese legali e giudiziarie. Il ricorrente ha altresì 16 attestati di carenza beni per quasi Fr. 250'000.- e altre procedure esecutive pendenti per quasi Fr. 75'000.- (doc. U7), comprendente pure un debito per i contributi di mantenimento nei confronti della sua prima figlia, nata nel 2007, non convivente (doc. 174). È pure riconosciuta la necessità di far capo all'assistenza di un legale per la complessità della materia trattata in sede giudiziaria, alla luce della perizia bidisciplinare, delle conclusioni che il dr. med. _____ dell'SMR ha tratto in un secondo momento scostandosi dai rapporti peritali e del fatto che il ricorrente non possiede le necessarie conoscenze giuridiche. L'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio va quindi concessa, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA, cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il

ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007). 2.23. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 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 del ricorrente, fermo restando la concessione dell'assistenza giudiziaria.

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