

TI_GERICHTE 32.2022.70 vom 8. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.70

FR: TI_GERICHTE 32.2022.70 du 8 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.70 del 8 settembre 2022

Regeste

Decisione di rifiuto di rendita. Diritto intertemporale. Confermata valutazione SMR (capacità lavorativa in attività adeguate) e valutazione economica dell'UAI. Legale dell'A.to non ha capito quanto accertato da inchiesta per indipendenti. Valutazione anticipata delle prove. Istanza GP respinta

Erwägungen

E. 46

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli

ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/ Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo.

Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii).

Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato

che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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 psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.5. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni nell'agosto/settembre 2021 (cfr. supra consid. 1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha richiamato tutta la documentazione medica dai curanti e l'ha sottoposta al vaglio del medico SMR. Quest'ultimo ha accertato un'incapacità lavorativa del 50% in ogni attività limitatamente dal 1. maggio 2020 al 22. settembre 2021 ed una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate a far tempo dal 23 settembre 2021. Sulla scorta di tali accertamenti, del rapporto d'inchiesta per attività professionale indipendente e del rapporto della consulente in integrazione, l'amministrazione ha proceduto ad emanare la decisione qui impugnata, debitamente preavvisata (cfr. supra consid. 1.2.-1.4.). Il ricorrente contesta sia la valutazione medico-teorica operata dal medico SMR, sia la valutazione economica calcolata dall'Ufficio AI con argomentazioni di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito.

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dal medico SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni. Il ricorrente, prevalendosi di molteplici refertazioni mediche, sostiene che, contrariamente a quanto accertato dal medico SMR, egli è inabile al lavoro in misura completa in ogni attività. Va qui rilevato che il principio inquisitorio che vige nella procedura delle assicurazioni sociali non è da intendere quale principio assoluto ma trova il suo correlato nel dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c con rinvii). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa ed ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con rinvii). Giova inoltre ricordare che secondo la giurisprudenza federale in materia di

assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). Ciò premesso, occorre analizzare la refertazione medica che, a mente dell'insorgente, attesterebbe un'incapacità lavorativa completa in ogni attività " da più di due anni " (cfr. I, p.to 5.). Si rileva innanzitutto che le refertazioni di cui ai docc. F (rapporto del dr. _____ del 17 gennaio 2020), G (rapporto del dr. _____ del 12 maggio 2020) ed L (rapporto del dr. _____ del 19 giugno 2020), oltre ad essere già state vagliate dall'amministrazione, non forniscono alcun'indicazione sulla capacità lavorativa residua. Il doc. I (rapporto ambulatoriale dell'Ospedale _____ di _____ del 29 maggio 2020) risulta invece oltremodo scarso, limitandosi ad attestare – tra l'altro – che " Al momento il paziente ha ancora la necessità di rimanere a riposo dal lavoro fino a quando la sintomatologia sarà ritenuta tale da permettere una reintroduzione lavorativa ", non presentando né la firma del medico che ha allestito il documento, né un'indicazione circa le tipologie di attività da cui l'assicurato doveva astenersi. Per quanto concerne il rapporto del 24 marzo 2021 del dr. _____ (doc. H), anch'esso già vagliato dall'amministrazione (cfr. doc. 5, pag. 21 incarto AI), il curante ha attestato: " Attualmente [l'assicurato, n.d.r.] riferisce che vede un miglioramento globale della sintomatologia dolorosa del rachide a riposo e purtroppo, dopo 30 minuti di lavoro, il dolore è insopportabile. Il paziente attualmente non è in grado di portare avanti la sua attività di lavaggio a mano di auto e penso che il suo caso debba essere valutato dall'AI" (sottolineature del redattore). Di tutta evidenza, il curante non si esprime neppure sulla capacità lavorativa in attività adeguate, ma solo nell'attività abituale. E d'altronde, nel formulario "Rapporto medico: Integrazione professionale/Rendita" datato 22 settembre 2021 il curante aveva posto una " Ø " alla domanda " Indicare il decorso dell'incapacità lavorativa finora attestata " e rispondendo alla domanda " Voglia indicare la sua prognosi sulla capacità lavorativa " con " Non è in grado di lavare auto a mano " (doc. 5, pag. 16 e seg. incarto AI). Quo al "Rapporto medico: Integrazione professionale/Rendita" del 23 settembre 2021 del dr. _____ (doc. 6, pag. 24 e segg. incarto AI), a tratti illeggibile, si rileva che alle domande " Indicare il decorso dell'incapacità lavorativa finora attestata (in percento) " e " Per quali attività ha attestato un'incapacità lavorativa " il curante non ha fornito alcuna informazione, mentre alla domanda circa la situazione e sintomatologia medica attuale, egli ha indicato " Causa, da circa due anni, di dolori dorsali a livello della transizione [illeggibile, n.d.r.] sacrale, divenuti invalidanti al punto di impedirgli di lavorare (gestione di autolavaggio) [...]" (pag. 24 incarto AI, sottolineatura del redattore), esprimendo altresì una prognosi sfavorevole sulla capacità lavorativa (pag. 25 incarto AI). Inoltre, alla domanda " Attualmente quale attività può svolgere la/il paziente " il curante si è limitato ad indicare i limiti funzionali: " A causa dei dolori causati dalla scoliosi/ [illeggibile, n.d.r.] non può più [illeggibile, n.d.r.] i movimenti ripetitivi di [illeggibile, n.d.r.] /estensione, rotazione del dorso [illeggibile, n.d.r.] eseguire la sua attività di autolavaggio " (pag. 26 incarto AI, sottolineatura del redattore). Anche in questo caso, il documento in

parola non fa alcun riferimento alla capacità lavorativa in attività adeguate, il curante essendosi limitato all'accertamento della ripercussione della diagnosi sulla capacità lavorativa in attività abituale e dei limiti funzionali. Per quanto concerne i certificati del 12 settembre e del 1. dicembre 2022 del dr. _____ (docc. C ed E), essi presentano il seguente tenore: "[...] Trattasi di un paziente di 43 anni, in buona salute abituale, di professione gestore di un autolavaggio . [...] Le condizioni attuali del paziente non gli permettono più di eseguire la sua attività di gestore di autolavaggio così come non può più eseguire attività lavorative che comportino la stazione eretta prolungata od i movimenti ripetitivi di flessione-estensione del dorso e delle spalle . Penso che il paziente meriti di essere valutato per una prestazione AI." (doc. C, sottolineature del redattore). "[...] Le condizioni attuali del paziente non gli permettono più di eseguire la sua attività di gestore di autolavaggio così come non può più eseguire attività lavorative affini che comportino la stazione eretta prolungata od i movimenti ripetitivi di flessione-estensione del dorso e delle spalle . Il paziente ha inoltrato domanda di AI; attualmente è da considerarsi inabile al lavoro (nella misura del 100%) per quel che riguarda precedente attività lavorativa e per attività affini. " (doc. E, sottolineature del redattore). In sintesi, il curante ha accertato un'incapacità lavorativa completa in attività abituale e in attività comprendenti i limiti funzionali sopradescritti. Tuttavia, egli non si è mai confrontato con quanto accertato dal medico SMR. Quest'ultimo, lo si rammenta, proprio sulla base della diagnosi del dr. _____, ha accertato una capacità lavorativa completa in attività adeguata a far tempo dal 23 settembre 2021, rilevando tra i limiti funzionali proprio la necessità di alternare la postura al bisogno, quella di pause supplementari e che non sono più possibili " posizioni inergonomiche per la colonna " (cfr. supra consid. 1.2.). Inoltre, le surriferite certificazioni del dr. _____ (docc. C ed E) si riferiscono alla situazione " attuale ", ossia successiva alla decisione impugnata. A tal proposito, si rammenta che per costante giurisprudenza il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in concreto dunque l'8 settembre 2022 (cfr. supra consid. 1.4.). Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Conseguentemente, oltre a non mettere in dubbio la valutazione del medico SMR, in applicazione della surriferita giurisprudenza i citati certificati non sono in casu decisivi ai fini del giudizio. Visto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dal ricorrente in questa sede è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni del medico SMR, a cui va prestata integrale adesione. 2.7. Il ricorrente contesta la valutazione economica operata dall'Ufficio AI. Egli censura innanzitutto l'uso dei dati salariali del 2020 per determinare il reddito da valido, siccome in tale anno il reddito era influenzato dall'affezione invalidante, senza la quale avrebbe potuto conseguire un salario superiore. In secondo luogo, egli non comprende come mai l'amministrazione non abbia tenuto conto del fatto che " il tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale [...] è stato quantificato nella misura del 71% [...]", come da rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente (cfr. supra consid. 1.5.). Il TCA può quindi limitare la sua disamina a questi due aspetti (cfr. infra consid. 2.7.3. e seg.). 2.7.1. Va qui rilevato che la modifica legislativa (cfr. supra consid. 2.1.) ha comportato cambiamenti sostanziali anche per quanto riguarda la graduazione

dell'invalidità. L'art. 28a LAI presenta il seguente tenore: " 1 Per valutare il grado d'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGa. Il Consiglio federale definisce i redditi lavorativi determinanti per la valutazione del grado d'invalidità e i fattori di correzione applicabili. 2 Il grado d'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutato, in deroga all'articolo 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. 3 Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, il grado d'invalidità per questa attività è valutato secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, il grado d'invalidità per questa attività è valutato secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." In sostanza, la graduazione dell'invalidità dipende dallo statuto lavorativo dell'assicurato. Lo statuto lavorativo è determinato in base alla situazione lavorativa in cui l'assicurato si troverebbe se non avesse subito un danno alla salute, ed è regolato dall'art. 24 septies OAI. Bisogna prendere in considerazione l'insieme delle circostanze del singolo caso, quali gli accordi sulla ripartizione dei compiti tra i membri della famiglia, gli eventuali compiti educativi e di assistenza nei confronti di figli e familiari, l'età, le capacità professionali, la formazione, le inclinazioni e le doti personali della persona assicurata, secondo il criterio dell'esperienza generale della vita (DTF 117 V 194). Bisogna valutare «ragionevolmente», sulla base di circostanze obiettive, come la persona assicurata, nella sua situazione concreta, avrebbe deciso se non avesse avuto un danno alla salute. Questa decisione soggettiva non deve essere per forza quella obiettivamente più razionale (STF 8C_319/2010 del 15 dicembre 2010 consid. 6.2.1. e 8C_731/2010 del 2 febbraio 2011 consid. 4.2.1.). Il grado della prova richiesto per la determinazione dello statuto della persona assicurata è quello, usuale nel diritto delle assicurazioni sociali, della verosimiglianza preponderante (DTF 117 V 194; RCC 1989 pag. 128). Lo statuto della persona assicurata (e di conseguenza il metodo di valutazione applicabile) è stabilito in base all'evolversi della situazione fino all'emanazione della decisione (RCC 1989 pag. 127). Modifiche sostanziali intervenute entro questo termine possono comportare un cambiamento dello statuto (e di conseguenza l'applicazione di un altro metodo di valutazione). Una modifica sostanziale successiva all'emanazione della decisione può rappresentare un motivo di revisione (CIRAI, marginale 3101 e segg). Per gli assicurati che, in assenza del danno alla salute, eserciterebbero un'attività lucrativa (a titolo dipendente o indipendente, cfr. CIRAI, marginale 3105-3110) con un grado d'occupazione del 100% o superiore, la valutazione del grado d'invalidità avviene, anche successivamente alla modifica legislativa, tramite il confronto dei redditi ex art. 16 LPGa (cfr. combinati artt. 28a cpv. 1 LAI e 24 septies cpv. 2 lett. a OAI; cfr. supra consid. 2.2.). L'art. 25 OAI, che concerne i principi per il confronto dei redditi, indica innanzitutto quali redditi lavorativi ai sensi dell'art. 16 LPGa sono considerati per il confronto (cpv. 1) e il fatto che essi devono essere stabiliti sulla medesima base temporale e riferiti al mercato di lavoro in Svizzera (cpv. 2). Se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento, di principio, i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica, a prescindere dall'età ma tenendo conto del sesso dell'assicurato (cpv. 3). I valori statistici vanno adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell'evoluzione dei salari nominali (cpv. 4). Pertanto,

anche successivamente alla modifica legislativa, i rilevamenti statistici determinanti per il confronto dei redditi ex art. 16 LPGGA risultano ad oggi, quelli usuali (cfr. pro multis DTF 148 V 174 consid. 6.2. con rinvii). 2.7.2. Occorre ora determinare lo statuto lavorativo di RI 1, ossia la situazione lavorativa in cui egli si troverebbe in assenza del danno alla salute (cfr. art. 24 septies cpv. 1 OAI). Qualora si giungesse alla conclusione che senza il danno alla salute egli eserciterebbe un'attività lucrativa almeno al 100%, si dovrà procedere al confronto dei redditi ex art. 16 LPGGA (cfr. art. 24 septies cpv. 2 lett. a OAI e art. 28a cpv. 1 LAI). Il limite temporale è fissato all'8 settembre 2022, data della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.4. in fine e 2.7.1.). Questa Corte, analizzata la documentazione agli atti – in particolare lo scritto dell'assicurato (non datato ma pervenuto all'Ufficio AI il 2 novembre 2021) di cui al doc. 13 dell'incarto AI, il CV (doc. 17, pag. 92 e seg. incarto AI), il mandato SMR dell'11 novembre 2021 ed il rapporto SMR del 12 novembre 2021 (docc. 21 e 22 incarto AI), il rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente del 19 gennaio 2022 (doc. 27, pag. 122 incarto AI) e il rapporto finale del consulente AI del 27 giugno 2022 (doc. 28, pag. 127 incarto AI) – ha maturato il convincimento che, con verosimiglianza preponderante, in assenza del danno alla salute RI 1 avrebbe continuato a lavorare nella misura del 100%. In effetti, la documentazione agli atti non contiene (sufficienti) elementi per potersi discostare da tale conclusione, la riduzione graduale della percentuale lavorativa (100% per l'intervallo temporale 2009-2019, 70% per quello 2019-2020, 20%/30% dal 2020 al 2021 e 0% dal 2021) sovrapponendosi in gran parte con l'accertamento dell'incapacità lavorativa ed i limiti funzionali (cfr. supra consid. 1.2.). Pertanto, lo statuto lavorativo di RI 1 è da considerare quello di “ assicurato che esercita un'attività lucrativa ” ai sensi dell'art. 28a LAI, ragione per cui la graduazione dell'invalidità deve avvenire – anche successivamente la modifica legislativa – ex art. 16 LPGGA (cfr. supra consid. 2.7.1.). Va in ogni caso precisato che la domanda a sapere se, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato a lavorare al 100% è diversa da quella a sapere se in assenza del danno alla salute l'evoluzione economica aziendale sarebbe mutata (cfr. infra consid. 2.7.3.). 2.7.3. Quo al reddito da valido, anche il nuovo art. 26 OAI prevede che per determinarlo è la retribuzione effettivamente percepita prima dell'insorgenza dell'invalidità ad essere prioritaria e che, in caso di notevoli variazioni negli ultimi anni precedenti all'invalidità, va calcolata come media (cpv. 1). Se il reddito (medio) effettivamente percepito è inferiore di almeno il 5% del valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'art. 25 cpv. 3 OAI, il reddito da valido corrisponde al 95% di questo valore centrale (cpv. 2, cosiddetta parallelizzazione), tranne nel caso in cui anche il reddito con invalidità ex art. 26 bis cpv. 1 OAI è inferiore di almeno il 5% al valore centrale usuale del settore secondo la RSS o se il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente (cpv. 3: esclusione della “ parallelizzazione ”; cfr. CIRAI, marginale 3312). Con tale soluzione il legislatore ha voluto creare un automatismo a favore degli assicurati, non ponendosi più la domanda a sapere quali fattori hanno comportato un reddito inferiore alla media e/o se l'assicurato si fosse accontentato di tale, modesto, reddito (cfr. Rapporto esplicativo (successivo alla procedura di consultazione) edito dall'UFAS del 3 novembre 2021 sulle Disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI), pag. 49 con rinvio giurisprudenziale). Se il reddito effettivamente conseguito non può essere determinato (in misura sufficientemente precisa), il reddito da valido è determinato su base statistica ex art. 25 cpv. 3 OAI relativo a persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe (cpv. 4). Se l'invalidità insorge dopo che l'assicurato ha previsto o iniziato una

formazione professionale, il reddito da valido corrisponde al reddito statistico ex art. 25 cpv. 3 OAI che egli avrebbe potuto conseguire se avesse concluso la formazione (cpv. 5). Qualora l'assicurato non può iniziare o concludere alcuna formazione professionale a causa dell'invalidità, il reddito senza invalidità è determinato secondo i valori statistici di cui all'art. 25 cpv. 3 OAI ma senza differenziare in base al sesso (cpv. 6). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il goodwill, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di familiari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pag. 206; Peter, *Die Koordination von Invalidenrenten*, Zurigo 1997 pag. 65 e CIGI, marginale 3029 e segg.; cfr. al riguardo anche STCA 32.2002.154 del 29 ottobre 2003 e STCA 32.2003.15 del 27 ottobre 2003). L'Ufficio AI deve richiedere i risultati contabili di diversi anni, considerando in particolare tutti i conti che presentano differenze dopo l'insorgere del danno alla salute (spese per il personale, ammortamenti, utile netto e lordo e il rapporto con la cifra d'affari). Inoltre determina la situazione reddituale sulla base di documenti relativi ai contributi (in particolare le comunicazioni fiscali alla cassa di compensazione) e, se necessario, procedendo ad un accertamento sul posto. Un eventuale rapporto di accertamento deve fornire indicazioni sufficientemente precise sull'andamento dell'azienda. I dati contenuti nelle dichiarazioni fiscali non sono, per sé, idonei a determinare il guadagno reale (STF 8C_9/2009 del 10 novembre 2009 consid. 3.4. e seg.). Per il calcolo del reddito dei lavoratori indipendenti è di regola determinante l'estratto del Conto Individuale, unitamente alla contabilità dell'azienda. In caso di variazioni molto forti del reddito occorre prendere in considerazione il guadagno medio di un periodo sufficientemente lungo (STF 9C_771/2017 del 29 maggio 2018 consid. 3.6.1. e seg. con rinvii giurisprudenziali). Tuttavia, i primi anni dall'avvio di un'attività lucrativa indipendente non sono di regola rappresentativi per l'ammontare dei redditi conseguibili, a causa delle elevate quote di ammortamento sui nuovi investimenti (STF 9C_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 1.1.; DTF 135 V 58). In queste circostanze si può giustificare la necessità di determinare il reddito senza invalidità in base a dati statistici (cfr. CIRAI, marginale 3321 e segg.). Dal metodo (ordinario) di raffronto dei redditi di cui sopra ci si può discostare solo se i due redditi da confrontare non possono essere cifrati o stimati con sufficiente affidabilità (STF 9C_812/2015 del 7 luglio 2016 consid. 4). In quest'ultima ipotesi, torna applicabile il metodo di valutazione straordinario (sul tema cfr. DTF 128 V 29; I 230/04, *Pratique VSI* 1998 pagg. 121 e 255; cfr. CIRAI, marginale 3800 e segg.; STCA 32.2021.24 del 31 maggio 2021 consid. 2.9., STCA 32.2020.25 del 22 ottobre 2020 consid. 2.3., STCA 32.2019.127 del 25 maggio 2020 consid. 2.3. e STCA 32.2019.133 dell'8 maggio 2020 consid. 2.3.). Tornando al caso che ci occupa, l'insorgente censura l'utilizzo dei dati aziendali del 2020 da parte dell'amministrazione per determinare il reddito da valido. A suo modo di vedere, i dati del 2020 non sono fruibili, giacché influenzati dall'affezione invalidante (cfr. supra consid. 2.7.). Di tutta evidenza, l'insorgente ha frainteso la

valutazione economica operata dall'amministrazione, e meglio il rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente in punto al reddito da valido. Nel rapporto in parola, l'ispettrice ha dapprima così riassunto l'evoluzione economica della ditta individuale (doc. 27, pag. 123 incarto AI, sottolineatura del redattore): 2020 2019 2018 2017 2016 Utile dichiarato 11'441 37'417 26'750 25'799 23'937 Utile tassato 12'000 39'000 40'000 40'000 40'000 IPG 16'732 - - - - CI 12'600 41'800 42'900 42'900 42'900 Ella ha poi così determinato il reddito da valido (pag. 124, sottolineature del redattore): “ Quale reddito senza invalidità si prenderanno a riferimento quelli esposti a CI, in particolare il reddito dell'anno che precede il danno (2018) di fr. 42'900 , reddito che andrà successivamente attualizzato :” Anno Aumento Importo aggiornato 2019 0.9117% 43'291.12 2020 0.8408% 43'655.09 Sul punto, il procedere dell'ispettrice non presta il fianco a critiche, rispecchiando quanto stabilito dalla surriferita giurisprudenza afferente alla determinazione del reddito dei lavoratori indipendenti. Infatti, contrariamente a quanto asserito dall'insorgente, non sono i dati aziendali del 2020 ad essere stati usati per determinare il reddito da valido, bensì quelli dell'estratto del conto individuale del 2018, – ossia precedenti all'incapacità lavorativa in attività abituale accertata dal medico SMR (cfr. supra consid. 1.2.) e confermata in questa sede (cfr. supra consid. 2.6. in fine) –, aggiornati al 2020 e arrotondati per difetto. Tale ammontare, a far stato quale reddito da valido, è stato rettamente ripreso dall'Ufficio AI nel preavviso e nella decisione impugnata (cfr. docc. 29 e 37 incarto AI). Ne consegue che la censura dell'insorgente s'appalesa all'evidenza infondata. 2.7.4. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). Tornando al caso che ci occupa, il ricorrente non comprende il motivo per cui l'Ufficio AI non ha tenuto conto del fatto che “ il tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale [...] è stato quantificato nella misura del 71% [...]”, come da rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente (cfr. supra consid. 2.7.). La censura – per quanto è dato di capire – è afferente al reddito da invalido. Si rileva che nel confronto dei redditi operato nell'ambito dell'inchiesta per attività professionale indipendente, l'ispettrice _____ aveva usato quale reddito da invalido quello conseguito nel 2020 dall'assicurato, ossia di fr. 12'600. Operando il confronto dei redditi per tale anno (reddito da valido di fr. 43'655 e reddito da invalido di fr. 12'600), essa ha desunto una perdita di guadagno riconducibile al danno alla salute di fr. 31'055, pari ad un grado d'invalidità del 71%. Tuttavia, siccome in attività adeguata il reddito da invalido sarebbe stato superiore (con conseguente minor disappunto economico ed un grado d'invalidità inferiore), è stata l'ispettrice stessa ad

osservare che “ Vediamo tuttavia come la perdita in attività abituale sia superiore all’esigibilità medico teorica, pertanto, considerato che vi è verosimilmente un minor discapito in attività adatta, sarà necessario procedere in quella direzione . ” (doc. 27, pag. 124 e seg. incarto AI, sottolineature del redattore). In effetti, essendo stata accertata una capacità lavorativa completa in attività adeguate dal 23 settembre 2021 (cfr. supra consid. 1.2.), accertamento confermato in questa sede (cfr. supra consid. 2.6. in fine), conformemente alla giurisprudenza secondo cui per determinare il reddito da invalido va considerato il reddito che l’assicurato può conseguire mettendo a miglior frutto la propria capacità lavorativa residua, l’Ufficio AI ha rettammente usato il salario statistico conseguibile dal ricorrente in attività adeguate (superiore al salario effettivamente percepito nel 2020) per determinare il reddito da valido, come esplicitato sia nel preavviso (doc. 29, pag. 130 e seg. incarto AI) che nella decisione impugnata (doc. 37, pag. 161 e seg. incarto AI). A tal proposito, il TCA può far propria la presa di posizione dell’Ufficio AI (risposta, p.to 4., sottolineature del redattore): “ In ambito economico l’ispettrice incaricata dell’inchiesta indipendente ha redatto il rapporto considerando gli elementi rilevanti del caso, tra cui l’evoluzione dei redditi dell’attività indipendente negli anni, ha determinato i salari di raffronto, quindi il reddito da valido e quello da invalido, e rilevato una perdita lucrativa del 71% in ambito indipendente . Tuttavia, come già indicato nel medesimo rapporto, il grado d’invalidità va definito con riferimento ad attività adeguate ancora esigibili , osservato che il signor RI 1 ha piena abilità in attività adeguate e che, comunque, egli ha cessato l’attività indipendente. Si rammenta che ogni persona assicurata è soggetta all’ obbligo di ridurre il danno , che scaturisce da un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali (DTF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a). In virtù di tale obbligo l’assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate). In considerazione della valutazione del SIP in merito alle attività adeguate ancora esigibili consone alle limitazioni funzionali espresse in ambito medico-teorico , correttamente l’UAI ha stabilito un grado d’invalidità non pensionabile dal raffronto dei redditi attuato. ”. Non si può inoltre ignorare la palese contraddizione in cui l’insorgente è incorso, censurando da una parte l’asserito (ed in questa sede smentito, cfr. supra consid. 2.7.3.) utilizzo dei dati del 2020 per determinare il reddito da valido per poi avvalersi di tali dati per determinare il reddito da invalido, ciò che gli avrebbe permesso di raggiungere un grado d’invalidità conferente il diritto ad una rendita intera. Pertanto, anche le censure del ricorrente afferenti alla valutazione economica risultano inconferenti. 2.8. Il ricorrente ha formulato, tra l’altro, richiesta di “[...] richiamo doc., informazioni scritte, testi, interrogatorio delle parti ”, rispettivamente di “ interrogatorio/deposizione del ricorrente ” (cfr. I, p.ti 9., 14., 16., 27., 39., 42. e pag. 10). Siccome i fatti alla base della presente vertenza sono stati sufficientemente provati tramite la documentazione prodotta dalle parti, il TCA rinuncia all’assunzione di ulteriori mezzi di prova. A tal proposito, si osserva come la richiesta “ richiamo doc., informazioni scritte ” non permette di capire a quale documento, rispettivamente a quali informazioni l’insorgente faccia riferimento. Si rammenta a tal proposito quanto esposto al consid. 2.6. circa il dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa, in concreto manifestamente disatteso dal ricorrente, peraltro rappresentato da una legale. Oltre a ciò, incombeva all’insorgente, rispettivamente all’avv. _____ (cfr. supra consid. 1.5. in initio), indicare il motivo per cui in casu si giustificò l’assunzione dei mezzi di prova indicati, ciò che non è avvenuto. V a qui

rammentato che conformemente, alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 7; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Inoltre, per quanto concerne l'audizione del ricorrente, va rilevato che per l'art. 6 n. 1 CEDU, ogni persona ha diritto a un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Nel campo di applicazione dell'art. 6 CEDU rientrano anche i litigi relativi a prestazioni delle assicurazioni sociali e dell'assistenza sociale (cfr. STF 8C_522/2012 del 2 novembre 2012 consid. 2.3.). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, confermata in DTF 122 V 54 seg. consid. 3, la pubblicità del dibattimento, imposta dall'art. 6 n. 1 CEDU ed ormai ancorata anche nella Costituzione svizzera all'art. 30 cpv. 3, dev'essere principalmente garantita nella procedura di ricorso di prima istanza (cfr. STF 8C_504/2010 del 2 febbraio 2011). Tuttavia, lo svolgimento di un pubblico dibattimento in materia di assicurazioni sociali presuppone l'esistenza di una richiesta chiara e inequivocabile di una parte nel corso della procedura ricorsuale di prima istanza (cfr. STF 8C_751/2019 del 25 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C_722/2019 del 20 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C_63/2019, 8C_65/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 5.1.; STF 8C_528/2017 del 19 dicembre 2017 consid. 1.3., pubblicata in SJ 2018 I 275; STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 2.3.; STF 8C_665/2014 del 23 marzo 2015 consid. 4; STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti). Una semplice richiesta di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale – nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di un'assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente – o di interrogatorio delle parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 6.3.; SVR 2009 IV Nr. 22 pag. 62; DTF 125 V 38 consid. 2; cfr. anche Bollinger, BSK-ATSG, n. 11 e segg. ad art. 61 LPG). L'Alta Corte ha, inoltre, stabilito che il rifiuto di differire un'udienza pubblica fondato su motivi obiettivi non è in contrasto con il diritto federale e, in particolare, con l'art. 6 n. 1 CEDU (sul tema cfr. tuttavia DTF 136 I 279; DTF 127 V 491; STF 8C_504/2010 succitata). In proposito cfr. pure STCA 38.2018.31 del 12 ottobre 2018 consid. 2.7.; STCA 38.2018.39 del 10 ottobre 2018 consid. 2.8. Nella presente evenienza – contrariamente a quanto esige la giurisprudenza federale –, la parte ricorrente non ha formulato un'esplicita richiesta di indire un pubblico dibattimento, ma ha chiesto l'assunzione di una nuova prova (“ interrogatorio delle parti ”, “ interrogatorio/deposizione del ricorrente ”). Ora, come visto nei considerandi precedenti la documentazione prodotta in sede processuale è esaustiva e non necessita di alcun complemento. Del resto, in ossequio

dell'art. 29 cpv. 2 Cost, il ricorrente ha potuto far valere le proprie argomentazioni per iscritto (cfr. STF 8C_550/2017 del 12 gennaio 2018) e la documentazione già presente agli atti consente al TCA di emanare il proprio giudizio. L'audizione dell'assicurato (e a maggior ragione quello dell'Ufficio AI) si rivela, pertanto, superflua. 2.9. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.10. Come accennato (cfr. supra consid. 1.5.), il ricorrente chiede di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In effetti, per quanto concerne la valutazione medica l'insorgente si è sostanzialmente limitato a riproporre in sede ricorsuale documentazione medica già vagliata dal SMR. I due "nuovi" certificati del dr. _____, oltre ad essere stati presentati solo nelle more del ricorso, ricalcano sostanzialmente quelli precedenti, senza fornire alcun nuovo elemento idoneo a far sorgere dubbi circa le conclusioni del rapporto SMR, in particolare sulla capacità lavorativa in attività adeguata. Quo alla valutazione economica, una più attenta disamina – anche superficiale – del rapporto d'inchiesta per indipendenti avrebbe permesso all'insorgente di comprendere gli equivoci di cui ai consid. 2.7.3. e seg. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere respinta.

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