

## **TI\_GERICHTE 32.2022.72 vom 14. September 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-09-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2022.72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.72)

FR: TI\_GERICHTE 32.2022.72 du 14 septembre 2022

IT: TI\_GERICHTE 32.2022.72 del 14 settembre 2022

### **Regeste**

Rendita temporanea. Conferma della valutazione del SMR. Non necessaria una valutazione psichiatrica. Conferma del miglioramento della situazione valetudinaria con conseguente invalidità di grado non pensionabile. Reiezione della domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio

### **Erwägungen**

#### **E. 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 LPG) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPG) 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 LPG 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). S econdo 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). 2.4 Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.5 Nel caso concreto, tenuto conto della documentazione medica presente agli atti, con rapporto 2 maggio 2022 il medico SMR dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha posto le seguenti diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa: " (...) Polineuropatia sensitiva e motoria grave degli arti inferiori con: - neuropatia del nervo peroneo sinistro: paresi subcompleta dell'estensione e dell'eversione piede cadente, da 02.2022 Stecca Heidelberg - dolore fantasma all'alluce sinistra in esiti di amputazione di entrambi gli alluci, prima a dx, dopo a sx Arteriopatia obliterante periferica - 06.12.2021 ben compensata - 05.02.2019

dilatazione endo-vascolare dell'asse femorale gamba destra in stadio II b dx - FRCV: familiarità, fumo attivo, ipercolesterolemia, diabete tipo II dal 2008, obesità

Piede destro  
- 01.2022 ferita chiusa - t. d. batteriemia e terapia antibiotica, St. d. amputazione alluce  
- 23.10.2010 débridement osseo, posa di Cerament G e sutura prima in osteomielite metatarso I, St. dopo trattamento antibiotico endovenoso per necrosi dopo trauma alluce

Piede sinistro - 01.2022 ferita chiusa - 27.05.2021 resezione testa MT I, débridement osseo, posa di Cerament G, chiusura secondaria - St. d. amputazione alluce - 11.2018 malum perforans alluce - 12.2014 ulcera alluce sx 2.2 Diagnosi senza ripercussione sulla CL Diabete mellito tipo II dal 2008 Iperensione arteriosa trattata Ipercolesterolemia Tabagismo” (pag. 209 incarto AI) Il medico SMR ha poi elencato le seguenti limitazioni funzionali: nessuna limitazione di carico massimo di 5 kg, necessità di alternanza della postura al bisogno, nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari. Quali ulteriori limitazioni e/o risorse il medico ha rilevato: “porta scarpe ortopediche bilateralmente ed una stecca di Heidelberg al piede sinistro. Dopo al massimo 15-30 minuti disturbi nel cammino a causa di dolori alla caviglia e alla pianta del piede bilaterale, peggiore se la strada è in salita. Deve evitare le scale. Deve evitare dei terreni sconnessi” (inc. AI pag. 210). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha poi ritenuto l'assicurato pienamente inabile in tutte le attività dal febbraio 2021, ma pienamente abile al 100% dal 16 marzo 2022 in attività adeguate (inc. AI pag. 210). Per quel che concerne il miglioramento della capacità lavorativa il medico SMR ha fatto riferimento al rapporto 14 febbraio 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia vascolare, generale e traumatologia. Alla domanda sulla possibile attività da svolgere egli ha risposto “attività seduta senza necessità di spostamento” (inc. AI pag. 152), facendo inoltre presente quale limitazione “difficoltà di deambulazione già dopo pochi passi” (inc. AI 153). Con rapporto 17 marzo 2022 il dr. med. \_\_\_\_\_, neurologo, diagnosticata una polineuropatia grave degli arti inferiori con piede cadente sinistro in ambito di neuropatia del nervo peroneo, ha concluso: “È chiaro che la situazione così come si presenta non è possibile l'inserimento nel mercato libero del lavoro, in particolare quale autista di taxi, suo ultimo lavoro svolto, non vi è nessuna ripresa di un'attività in modo sicuro (...)” (inc. AI pag. 193). Tale documento è stato valutato dal SMR nel succitato rapporto del 2 maggio 2022. Con rapporto 15 giugno 2022 il diabetologo curante, riportate le diagnosi note, ha sostenuto che “alla luce delle diagnosi sopra elencate, in particolare dello stato dopo amputazione degli alluci bilateralmente e della grave polineuropatia sensomotoria (descritta in modo esauriente dal collega neurologo Dr. \_\_\_\_\_) non vi è alcuna possibilità di ripresa di un'attività lavorativa” (inc. AI pag. 239). Esaminato tale atto, con annotazioni 21 luglio 2022 il medico SMR ha rilevato che il curante “non elenca un antidolorifico/neuromodulatore fra la terapia farmacologica in atto”, confermando pertanto le conclusioni della sua valutazione del 2 maggio 2022. Con il presente ricorso l'assicurato contesta la succitata valutazione, in particolare per quel che concerne il miglioramento della capacità lavorativa in attività adeguate, rilevando inoltre come non sia stata eseguita una valutazione psicologica (recte: psichiatrica). 2.6 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, 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). Inoltre, 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'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 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). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); *Pratique VSI* 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7 Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurato è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI, non ha motivo per mettere in dubbio i rapporti del medico SMR, la quale ha considerato

tutta la documentazione presente nel dossier. In particolare, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha correttamente esposto le diagnosi rilevate dai dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. rapporto 19 maggio 2021 in doc. 46), dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. rapporto 10 gennaio 2022 in doc. 50) e dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. rapporto 17 marzo 2022 in doc. 66). Il medico SMR, con riferimento al rapporto 14 febbraio 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 56), ha ritenuto l'assicurato abile al 100% in attività sedentarie senza la necessità di spostamento. Certo, nel rapporto 17 marzo 2022 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che a seguito della situazione medica non vi è alcuna possibilità d'inserimento nel libero mercato, escludendo lo svolgimento dell'ultima attività appresa di autista di taxi, e che “ non vi è nessuna ripresa di attività in modo sicuro” . Ora, da una parte va ricordato che, come esposto al consid. 2.6, al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto. Compito dell'orientatore professionale è invece quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido. Per questi motivi la valutazione sulle possibilità di reinserimento lavorativo dell'assicurato non spettava al citato sanitario. D'altro canto, dal medesimo rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ si evince che il danno alla salute, polineuropatia sensitiva e motoria, è localizzato agli arti inferiori . Questa valutazione non interferisce con la conclusione del medico SMR, la quale, fondandosi sul rapporto 14 febbraio 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_, ha ritenuto come l'assicurato possa svolgere attività sedentarie con minima deambulazione. Del resto, l'insorgente non ha prodotto documentazione medica che apporti nuovi elementi che non siano stati valutati e tantomeno che smentisca quanto concluso dal SMR. Come detto, l'assicurato rileva l'assenza di una valutazione psicologica dovuta alle conseguenze del suo stato psicologico alterato a causa delle problematiche di salute. Tuttavia, dagli atti presenti nell'inserito non risulta alcun elemento che permetta di concludere per l'esistenza di una patologia psichiatrica, tantomeno invalidante. In nessun rapporto, ad esempio, viene riferito di un comportamento depressivo, né risulta una presa a carico psichiatrica. Del resto l'assicurato non ha prodotto alcunché al riguardo. Se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). 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 e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Nemmeno il rapporto 17 ottobre 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_ prodotto con il ricorso, che rispecchia quello del 15 giugno 2022 già analizzato dal SMR, non aggiunge alcun nuovo elemento medico che non sia stato già esaminato, così come ribadito dal SMR con annotazioni del 27 ottobre 2022 (VII). Inoltre, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento una perizia pluridisciplinare richiesta dall'insorgente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in

base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Di conseguenza, tenuto conto delle affidabili e convincenti conclusioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.6), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 139 V 218 consid. 5.3) che l'assicurato è totalmente abile in attività adeguate dal 16 marzo 2022.

2.8 Occorre ora esaminare la graduazione dell'invalidità eseguita dall'Ufficio AI dopo il 1° luglio 2022, ritenuto che dal 1° febbraio 2022 al 30 giugno 2022 l'assicurato ha diritto ad una rendita intera.

2.8.1 In merito alla determinazione del reddito da valido il nuovo art. 26 OAI prevede che per determinare il reddito da valido la retribuzione effettivamente percepita prima dell'insorgenza dell'invalidità sia 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. 26bis 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). 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 un 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; per la giurisprudenza ormai superata cfr. pro multis DTF 148 V 174 consid. 6.4.). 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 relativi alle 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). Nella decisione contestata riguardo al reddito da valido, non potendo definire il reddito effettivamente conseguito senza invalidità, l'Ufficio AI l'ha correttamente fissato, utilizzando le tabelle statistiche, a fr. 65'511,51. Tale importo non è stato del resto contestato dall'assicurato.

2.8.2 Per quel che concerne il reddito da invalido , il nuovo art. 26bis cpv. 1 OAI prevede che se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue una retribuzione lavorativa, quest'ultima rappresenta il reddito da invalido, a patto che essa gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità lavorativa residua in relazione ad un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile (cpv. 1). In mancanza di una retribuzione lavorativa o se la

retribuzione lavorativa non può essergli computata quale reddito da invalido, quest'ultimo si determina su base statistica ex art. 25 cpv. 3 OAI. Possono essere impiegati altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Vanno utilizzati valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso. Tuttavia per gli assicurati di cui all'art. 26 cpv. 6 OAI (ossia gli assicurati invalidi dalla nascita o precoci, cfr. il surriferito Rapporto esplicativo dell'UFAS, pag. 53) non si differenzia in base al sesso (cpv. 2). L'art. 25 cpv. 3 OAI prevede che se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale ex art. 49 cpv. 1bis OAI (ossia la capacità lavorativa in attività precedente o adeguata ai limiti funzionali accertati in sede medica) pari o inferiore al 50% rispetto al valore determinato su base statistica, si applica una deduzione del 10% per attività lucrativa a tempo parziale (cpv. 3). Va qui ricordato che nella citata DTF 148 V 174 il TF ha stabilito che “ attualmente non si presenta alcun motivo oggettivo serio per un cambiamento di giurisprudenza secondo cui per l'accertamento del reddito da invalido sulla base dei dati statistici occorre fondarsi di principio sui valori centrali o mediani delle RSS (consid. 9.2.3 e 9.2.4). Un cambiamento di giurisprudenza non è nemmeno opportuno alla luce della revisione della LAI e dell'OAI entrata in vigore il 1° gennaio 2022 (consid. 9.3)”. Nel caso concreto, sempre dalla decisione impugnata si evince che l'Ufficio AI ha correttamente utilizzato le citate tabelle dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (Tabella TA1\_Skill level, categoria 1, uomini), giungendo ad un importo di fr. 68'959,50 (inc. AI pag. 239). L'assicurato ritiene impossibile riprendere il lavoro non potendo restare in piedi più di 30 minuti. In primo luogo occorre ricordare 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). Inoltre, il Tribunale federale ha già più volte stabilito che da una persona assicurata che fino a quel momento ha svolto un'attività indipendente può essere preteso un cambiamento professionale verso un'attività lucrativa dipendente (cfr. STF 9C\_36/2018 del 17 maggio 2018, pubblicata in SVR 10/2018 IV nr. 61; 9C\_810/2017 del 9 aprile 2018; 9C\_525/2017 del 30 ottobre 2017 pubblicata in SVR 3/2018 IV nr 16). 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). Va poi rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 ). 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. Nella fattispecie in esame, per quel che concerne l'aspetto reintegrativo va fatto riferimento al rapporto 5 maggio 2022 della consulente in integrazione professionale. Dopo aver esposto le risultanze mediche, le limitazioni funzionali nonché la surriferita valutazione medico-teorica, la consulente ha proceduto all'analisi della formazione scolastica e professionale. Per quel che concerne l'integrabilità, ha rilevato: " (...) Per l'assicurato sono possibili le attività in posizione seduta e senza necessità di spostamenti. Indico di seguito alcuni esempi di attività ritenute compatibili allo stato di salute attuale e alle limitazioni presenti. Tali attività potrebbero essere svolte in misura completa: - operaio generale in fabbrica (con mansioni leggere) e in posizione seduta - addetto al servizio imballaggio (con mansioni e leggere) e in posizione seduta - addetto al servizio spedizione (con mansioni leggere quali etichettatura, imbustamento) in posizione seduta - cassiere - addetto a piccole mansioni amministrative. (...)” (pag. 214 incarto AI) Per questi motivi, la consulente ha concluso: " ... non si riconoscono ulteriori provvedimenti professionali. Tali provvedimenti non permetterebbero comunque una maggiore reintegrazione professionale, rispettivamente una miglior capacità al guadagno. In riferimento a quanto sopra si procede quindi alla chiusura del mandato di reintegrazione-esame. Su specifica richiesta scritta da parte dell'Assicurato, si resta a disposizione per un possibile sostegno al reinserimento lavorativo con le misure a disposizione nel collocamento. Su tale base si ritiene conclusa la lavorazione della pratica.” (pag. 214 incarto AI) Pertanto, richiamata la suevocata giurisprudenza, l'assicurato è da ritenere reintegrabile, con il conseguimento di un salario statistico come stabilito dall'amministrazione. 2.8.3 Dal raffronto dei redditi risulta un

grado d'invalidità nullo, motivo per cui dal 1° luglio 2022, tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI, decade il diritto ad una rendita. Ne consegue che la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso è da respingere.

2.9 Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'insorgente che ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio.

2.10 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 quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, dal tenore della decisione apparivano chiari i motivi di un diniego di rendita e l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione atta a mettere in dubbio la valutazione medico-teorica posta a fondamento della pronuncia contestata. In simili 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.