

TI_GERICHTE 32.2023.144 vom 7. November 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-11-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.144

FR: TI_GERICHTE 32.2023.144 du 7 novembre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.144 del 7 novembre 2023

Regeste

Ricorso (respinto) con il quale l'A. ha contestato l'inizio del diritto rendita e l'ammontare nominale. Basi di calcolo già note ad A. ed i calcoli corretti. Irricevibili domanda di revisione di tutte le precedenti decisioni e di risarcimento danni per torto morale

Erwägungen

E. 12

marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). 2.2. Per quanto concerne la domanda di revisione di “ tutte le precedenti decisioni della rendita AI emesse a partire dal 1. luglio 2007 ”, ribadita anche con le osservazioni del 7 ottobre 2024 (cfr. supra consid. 1.19.), essa esula dall'oggetto del contendere delimitato dalla decisione impugnata con la quale nel caso concreto l'Ufficio AI ha statuito sul diritto alla rendita intera dal 1. giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.9.). Va in ogni caso osservato che questo Tribunale non ha mai emanato sentenze di merito sul diritto a prestazioni dell'assicurato (cfr. supra consid. 1.1.-1.6.). Siccome l'istanza di revisione ex art. 17 LPGA pertiene le decisioni amministrative cresciute in giudicato, essa avrebbe dovuto essere presentata all'Ufficio AI, non al TCA (in tema DTF 125 V 413; Flückiger, BSK-ATSG, n. 3 e 5-13 ad art. 17 LPGA; Forster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, in: RBS 2021, n. 1 ad art. 17 LPGA). Sotto questo profilo, il ricorso è irricevibile. nel merito 2.3. Oggetto del contendere è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2022 con grado d'invalidità dell'80% per un importo nominale di mensili fr. 1'931 per il 2022 e di mensili fr. 1'980 dal 2023. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata “Ulteriore sviluppo dell'AI” e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). La lett. c delle Disposizioni transitorie della modifica legislativa di cui sopra prevede che “ Ai beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della presente modifica e che all'entrata in vigore della presente modifica hanno 55 anni compiuti continua ad applicarsi il diritto anteriore. ”. La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022 (stato al 1. gennaio 2024), prevede alla cifra 9104 01/24 che “ Le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 hanno già compiuto 55 anni (uomini nati negli anni dal 1957 al 1966; donne nate negli anni dal 1958 al 1966) rimangono nel vecchio sistema di rendite anche in caso di revisione del diritto alla rendita. A queste persone restano pertanto applicabili le disposizioni legali nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. ”. La cifra 2002 della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendita lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, valida dal 1. gennaio 2022, con stato al 1. luglio 2024 e afferente al gruppo d'assicurati nati tra il 1957 ed il 1966

(cosiddetto “gruppo diritti acquisiti”), prevede che “ Nel gruppo «diritti acquisiti » la graduazione della rendita AI secondo il diritto anteriore è mantenuta fino al momento in cui il diritto alla rendita si estingue o le subentra una rendita di vecchiaia (lett. c DT LAI; N. 9104 CIRAI). ”. Secondo la cifra 2003 della citata Circolare “ In caso di modifica del grado d’invalidità, la rendita d’invalidità delle persone appartenenti al gruppo «diritti acquisiti » continua a essere fissata in base alla graduazione in quarti di rendita prevista dal diritto anteriore (rendita intera, tre quarti di rendita, mezza rendita, un quarto di rendita). A queste rendite resta integralmente applicabile il sistema di rendite in vigore fino al 31 dicembre 2021 (v. anche N. 2006). ”. In concreto, l’insorgente fa parte del cosiddetto gruppo “diritti acquisiti” (cfr. supra consid. 1.1.) ed era al beneficio di una mezza rendita dal 1. maggio 2015 (cfr. supra consid. 1.4.). Ne consegue che, sebbene la decisione impugnata sia stata emanata il 7 novembre 2023 e sia stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.9.), in applicazione delle surriferite circolari alla fattispecie in esame torna applicabile il diritto in vigore fino al 31 dicembre 2021. 2.4. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell’invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s’intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d’incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un’altra professione o campo d’attività (art. 6 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%. L’art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l’assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all’art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell’art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare

l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha

aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del

E. 14

dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze 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). 2.6. L'art.

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità, l'art. 88 bis cpv. 1 OAI stabilisce che l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto: se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (lett. a); se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (lett. b); se viene constatato che la decisione dell'ufficio AI, sfavorevole all'assicurato, era manifestamente errata, a partire dal momento in cui il vizio è stato scoperto (lett. c). L'art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88 bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo

77 OAI. 2.7. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4., pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPG – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF

9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a) cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a) cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.8. In concreto, ricevuta la domanda di revisione della rendita nel giugno 2022, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha sottoposto la documentazione pervenuta al medico SMR, il quale con rapporto finale del 31 agosto 2022 ha accertato un'incapacità lavorativa del 75% dal 1. maggio 2015 al 31 dicembre 2021 in ogni attività fino al 31 dicembre 2021 e dell'80% dal 1. gennaio 2022, valutazione confermata anche dall'annotazione SMR del 10 luglio 2023 (cfr. supra consid. 1.8.). Fondandosi su tale

accertamento, l'Ufficio AI ha determinato un grado d'invalidità pari ai gradi d'incapacità di cui sopra (cosiddetto metodo percentuale), riconoscendo a RI 1 il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2022 e calcolandone l'ammontare nominale. Per quanto di rilevanza ai fini del giudizio, il ricorrente censura, da una parte, l'inizio del diritto alla rendita (cfr. infra consid. 2.8.1.) e, dall'altra, il calcolo dell'ammontare nominale della stessa (cfr. infra consid. 2.8.2.). Esula dalla presente controversia l'istanza di revisione delle precedenti decisioni amministrative (cfr. supra consid. 2.2.), mentre l'incapacità lavorativa ed il grado d'invalidità determinato dall'amministrazione con la decisione impugnata non necessitano di ulteriori approfondimenti, l'insorgente essendo stato posto al beneficio di una rendita intera conformemente al diritto in vigore fino al 31 dicembre 2021 (cfr. supra consid. 2.3.). Questo Giudice, chiamato a verificare se l'Ufficio AI abbia determinato correttamente l'inizio del diritto alla rendita e l'ammontare nominale della stessa, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni.

2.8.1. Per quanto attiene al contestato inizio del diritto alla rendita, in casu torna applicabile l'art. 88 bis OAI. Come accennato (cfr. supra consid. 2.6.), il capoverso 1 lett. a. del citato disposto prevede che se in esito ad una procedura di revisione avviata su richiesta dell'assicurato viene determinato un aumento della rendita corrente, tale aumento ha effetto al più presto dal mese in cui la domanda di revisione è stata inoltrata (in tema: STF 8C_878/2018 del 21 agosto 2019 consid. 4.4.2.2. con rinvii dottrinali, 9C_421/2016 del 17 ottobre 2016 consid. 2 e seg.; DTF 142 V 547 consid. 3.1.; DTF 140 V 2 del 26 dicembre 2013 consid. 4.2, 5.1 e 5.4; Sentenza VV.2014.343/E dell'11 febbraio 2015 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Turgovia, consid. 4.2, in: TVR 2015 Nr. 34; Flückiger, op. cit., n. 65 ad art. 17 LPGA; Hühni, Das Revisionsverfahren nach Art. 17 ATSG – klippenreich?, in: November-Tagung zum Sozialversicherungsrecht 2021, pagg. 41, 51 e 52 e nota a piè di pagina 8; Ralph, Die Revision nach Art. 17 ATSG, in: JaSo 2012, pag. 158; Studhalter, Unfallbedingter Erwerbsausfall in der IV, UV und (obligatorischen) BV / IV.-VI., in: HAVE 2005, pag. 113). In concreto, il ricorrente beneficiava di una mezza rendita dal 1. maggio 2015 (cfr. supra consid. 1.4.) e ha presentato la domanda di revisione della rendita corrente nel giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.8.), ragione per cui, in applicazione dei surriferiti dettami legislativi, giurisprudenziali e dottrinali, il diritto alla rendita intera è insorto al più presto il 1. giugno 2022, come rettamete determinato dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.9.).

2.8.2. Come accennato (cfr. supra consid. 1.10., 2.3. e 2.8.), il ricorrente contesta l'ammontare nominale della rendita determinato dall'Ufficio AI, sostenendo che “ L'ammontare della rendita di invalidità calcolata nella ultima decisione come pure tutte le rendite e/o calcoli precedenti non sono corrette in quanto non rispettano numerosi articoli delle leggi federali [...]” e che “[...] non sono stati in grande parte corretti i gradi d'invalidità decisi e facenti parte del calcolo per determinare l'ammontare della rendita durante i vari periodi professionali da me ad oggi vissuti [...]”, allegando al ricorso copiosa documentazione. Come di vedrà nel prosieguo (cfr. infra consid. 2.8.2.4.), la censura dell'insorgente non può essere condivisa.

2.8.2.1. Secondo l'art. 36 cpv. 1 LAI hanno diritto ad una rendita ordinaria gli assicurati che, all'insorgere dell'invalidità hanno pagato i contributi per almeno tre anni. Il cpv. 2 prevede che le disposizioni della LAVS si applicano per analogia al calcolo delle rendite ordinarie e che il Consiglio federale può emanare prescrizioni complete. Le rendite sono determinate sulla base del periodo di contribuzione e del reddito annuo medio.

2.8.2.2. Periodo di contribuzione/scala di rendita Secondo l'art. 29 cpv. 2 LAVS, le rendite ordinarie sono assegnate in forma di a) rendite complete agli assicurati che hanno un periodo di contributo

completo; b) rendite parziali agli assicurati che hanno un periodo di contributo incompleto. Il calcolo della rendita è determinato dagli anni di contribuzione, dai redditi dell'attività lucrativa nonché dagli accrediti per compiti educativi o d'assistenza tra il 1° gennaio successivo alla data in cui l'avente diritto ha compiuto 20 anni e il 31 dicembre che precede l'insorgere dell'evento assicurato (art. 29 bis cpv. 1 LAVS). A seconda che l'assicurato abbia pagato sempre e regolarmente i contributi dovuti oppure che il suo periodo di contribuzione presenti delle lacune contributive, egli ha diritto ad una rendita completa o parziale (art. 29 cpv. 2 lett. a. e b. LAVS), vale a dire ad una rendita calcolata sulla base della scala 44 (rendita completa) o di una scala inferiore (rendita parziale; art. 52 OAVS e 32 OAI). I periodi di contribuzione tra il 31 dicembre precedente l'insorgere dell'evento assicurato e il sorgere del diritto alla rendita possono essere computati per colmare lacune di contribuzione. I redditi provenienti da un'attività lucrativa realizzati durante questo periodo non sono tuttavia presi in considerazione per il calcolo della rendita (art. 52c OAVS). Il periodo di contribuzione è completo se una persona presenta lo stesso numero di anni di contribuzione degli assicurati della sua classe di età (art. 29 ter cpv. 1 LAVS). Secondo l'art. 29 ter cpv. 2 LAVS sono considerati anni di contribuzione i periodi, durante i quali: - una persona ha pagato i contributi (lett. a.); - il suo coniuge, secondo l'art. 3 cpv. 3 LAVS, ha versato almeno il doppio del contributo minimo (lett. b.); - possono essere computati accrediti per compiti educativi o d'assistenza (lett. c.). Infine, secondo l'art. 50 OAVS, si ha un anno intero di contribuzione quando una persona è stata assicurata secondo gli articoli 1a o 2 LAVS durante più di undici mesi in totale e se, durante detto periodo, essa ha versato il contributo minimo o se presenta periodi di contribuzione secondo l'articolo 29 ter cpv. 2 lettere b e c LAVS.

2.8.2.3. Inoltre, la rendita è calcolata in base al reddito annuo medio (RAM) dell'assicurato (art. 29 quater LAVS). Esso si compone: - dei redditi risultanti da un'attività lucrativa (lett. a.); - degli accrediti per compiti educativi (lett. b.); - degli accrediti per compiti assistenziali (lett. c.). Il reddito annuo medio è determinato sommando i redditi da attività lucrativa rivalutati e gli accrediti per compiti educativi e assistenziali e divisi per il numero di anni di contribuzione (art. 30 cpv. 2 LAVS). La somma dei redditi dell'attività lucrativa deve essere rivalutata secondo il fattore di cui all'art. 51 bis cpv. 1 OAVS (art. 30 cpv. 1 LAVS). Tale fattore di rivalutazione è stabilito dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) secondo le modalità di calcolo espresse all'art. 51 bis OAVS. Il fattore di rivalutazione è contenuto nelle tavole per la determinazione del reddito annuo medio, edite dall'UFAS, il cui uso è obbligatorio (art. 30 LAVS, art. 51 bis OAVS) e varia a seconda della prima registrazione sul conto individuale determinante per la rendita. Il reddito annuo determinante (indicato sulla decisione) non corrisponde dunque necessariamente all'ultimo reddito conseguito dall'assicurato, ma serve unicamente a fissare la corrispondente rendita. Sono presi in considerazione unicamente i redditi da un'attività lucrativa sui quali sono stati versati i contributi (art. 29 quinquies cpv. 1 LAVS). I contributi delle persone che non hanno esercitato un'attività lucrativa vengono moltiplicati per 100 e in seguito divisi per il doppio del tasso di contribuzione previsto dall'art. 5 cpv. 1; essi sono computati come reddito di un'attività lucrativa (art. 29 quinquies cpv. 2 LAVS). Secondo l'art. 29 quinquies cpv. 3 LAVS, i redditi che i coniugi hanno conseguito durante gli anni civili di matrimonio comune sono ripartiti e attribuiti per metà a ciascun coniuge se: - entrambi i coniugi hanno diritto alla rendita (lett. a.); - una persona vedova ha diritto a una rendita di vecchiaia (lett. b.); - il matrimonio è stato sciolto mediante divorzio (lett. c.). Tuttavia sottostanno alla ripartizione e all'attribuzione reciproca soltanto i redditi conseguiti: - tra il 1° gennaio che segue il compimento del 20.º anno di età e il 31 dicembre

che precede l'insorgere dell'evento assicurativo da parte del coniuge che ha per primo diritto alla rendita (art. 29 quinquies cpv. 4 lett. a LAVS) e - i periodi durante i quali entrambi i coniugi sono stati assicurati all'AVS, con riserva dell'art. 29 bis cpv. 2 LAVS (art. 29 quinquies cpv. 4 lett. b LAVS). Secondo l'art. 29 sexies cpv. 1 LAVS è riconosciuto un accredito per compiti educativi agli assicurati per gli anni durante i quali hanno esercitato l'autorità parentale su uno o più figli minori di 16 anni (per determinati casi cfr. art. 52e ed f OAVS). Tuttavia nessun accredito è attribuito per l'anno in cui sorge il diritto, mentre è riconosciuto per l'anno in cui tale diritto si estingue (art. 52f cpv. 1 OAVS). L'ammontare dell'accredito corrisponde al triplo dell'importo della rendita di vecchiaia annua minima al momento dell'inizio del diritto alla rendita (art. 29 sexies cpv. 2 LAVS). L'accredito assegnato alle persone coniugate durante gli anni civili di matrimonio è tuttavia ripartito per metà tra i coniugi (art. 29 sexies cpv. 3 LAVS). Per gli anni in cui il proprio coniuge non era assicurato presso l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti svizzera, al genitore assicurato è attribuito l'accredito intero per compiti educativi (art. 52f cpv. 4 OAVS). Se una persona è assicurata soltanto durante determinati mesi, si addizionano questi mesi oltre l'anno civile. Un accredito per compiti educativi è concesso per dodici mesi (art. 52f cpv. 4 OAVS).

2.8.2.4. In concreto, le parti convengono sul fatto che RI 1, nato nel 1963 (cfr. supra consid. 1.1.), presenta un periodo contributivo completo – 23 anni – per la sua classe d'età, come peraltro già comunicatogli contestualmente alle precedenti procedure amministrative (a titolo esemplificativo vedasi doc. 314, pag. 1405 incarto AI). Ne consegue che, avendo l'assicurato diritto ad una rendita completa, torna applicabile la scala di rendita 44 (cfr. Tabelle delle rendite intere, scala 44, edite dall'UFAS, e reperibili in tedesco ed in francese sul portale www.sozialversicherungen.admin.ch). Quo alle (altre) basi di calcolo, esse sono già state illustrate all'insorgente prima dell'emanazione della decisione impugnata, come si evince dalla corrispondenza prodotta in sede ricorsuale dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.17.), esposta in appresso. Lo scritto del 20 giugno 2013 della Cassa all'assicurato presenta il seguente tenore (XXX 1, sottolineature del redattore): "[...] Tutti i contributi da lei versati a seguito l'attuale diritto alla rendita d'invalidità [...] non saranno conteggiati in caso di aumento di grado d'invalidità in quanto le basi di calcolo della rendita rimangono invariate. [...] Lo splitting "suddivisione dei redditi in caso di divorzio" comporterà il ricalcolo della sua attuale rendita d'invalidità a far tempo dal mese successivo la crescita in giudicato della sentenza di divorzio, il nuovo importo sarà determinato in considerazione della ripartizione dei redditi tra lei e la ex moglie per gli anni del matrimonio [...]". Lo scritto del 17 marzo 2014 della Cassa all'assicurato presenta il seguente tenore (XXX 2, sottolineature del redattore): "[...] La media dei redditi da un'attività lucrativa è ottenuta dalla somma dei redditi dell'attività lucrativa dal 1. gennaio dell'anno del compimento dei 21 anni di età sino al 31 dicembre dell'anno precedente l'evento assicurato nel suo caso dal 1984 al 2006, rivalutata in funzione dell'indice delle rendite, diviso il numero degli anni di contribuzione. [...] Alla media dell'attività lucrativa è poi aggiunta la media per compiti educativi, sommando queste due medie si è infine stabilito il reddito annuo medio determinante ai fini del calcolo della rendita." Dallo scritto del 9 aprile 2014 della Cassa all'assicurato si evince che a quest'ultimo è stato inviato "il calcolo della sua rendita invalidità", allegato alla missiva (XXX 3). Lo scritto del 17 gennaio 2020 della Cassa all'assicurato presenta il seguente tenore (XXX 4): "[...] in merito alla ripartizione dei redditi (splitting) [...] [è] opportuno premettere che la ripartizione dei redditi è messa in atto soltanto sui redditi da attività lucrativa sui quali sono stati versati contributi. I redditi che i coniugi hanno conseguito durante gli anni civili di

matrimonio comune vengono ripartiti e attribuiti per metà a ciascuno dei coniugi. La ripartizione è effettuata se [...] il matrimonio è sciolto per divorzio (art. 29 quinquies cpv. 3 LAVS). Tuttavia i redditi realizzati durante l'anno di matrimonio nonché durante l'anno dello scioglimento del matrimonio non sono sottoposti alla ripartizione (art. 50b cpv. 3 OAVS). [...] va inoltre ricordato che il calcolo della rendita è determinato dagli anni di contribuzione dai redditi dell'attività lucrativa nonché dagli accrediti per compiti educativi o d'assistenza tra il 1° gennaio successivo alla data in cui l'avente diritto ha compiuto i 20 anni e il 31 dicembre precedente l'insorgere dell'evento assicurato (art. 36 cpv. 2 LAI e 29 bis cpv. 1 LAVS). Se trasponiamo quest'ultima normativa al suo caso [...], [...] il periodo contributivo di riferimento per il calcolo va dal 1° gennaio 1984 (anno susseguente il compimento del 20° anno di età) al 31 dicembre 2006 (anno precedente l'inizio del diritto alla rendita AI). Quindi [...] l'attuale rendita AI deve tener conto – poiché il matrimonio è stato sciolto per divorzio – nel periodo sopraccitato della ripartizione dei redditi come al seguente schema (cfr. estratto conto già in suo possesso): [segue tabella riepilogativa dei redditi determinanti per il calcolo, n.d.r.]. Il conseguente ricalcolo è tuttavia già stato effettuato e mediante decisione del 27 novembre 2015 la nuova rendita AI è stata fissata in fr. 950.- mensili a decorrere dal 1° ottobre 2015. Nel 2019 [...] è stata rivalutata fr. 958.- mensili. Visto quanto precede, l'attuale sua rendita AI risulta corretta. [...]”. Con scritti del 3 febbraio e 10 marzo 2023 la Cassa ha fornito all'assicurato ulteriori precisazioni circa il cosiddetto splitting, gli accrediti per compiti educativi ed il supplemento al reddito annuo medio (supplemento di carriera), confermando la correttezza dei calcoli (XXX 5 e 6). Lo scritto del 4 maggio 2023 della Cassa all'assicurato presenta il seguente tenore (XXX 7, sottolineature del redattore): " [...] le questioni fondamentali che regolano il calcolo della sua rendita d'invalidità, in particolare le modalità di calcolo applicabili (durata contributiva scala della rendita applicabile, reddito annuo medio determinante) , sono contemplate nelle apposite leggi, e meglio la Legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI) e la Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS). [...] Per i beneficiari di prestazioni AVS/AI, in presenza di un matrimonio sciolto per divorzio, la Cassa deve procedere immediatamente al ricalcolo della prestazione erogata con la ripartizione dei redditi (artt. 36 cpv. 2 LAI, 29 quinquies cpv. 3 lett. c e 31 LAVS). Il nuovo importo così ottenuto decorre [...] dal mese successivo alla data in cui la sentenza di divorzio passa in giudicato. [...] Nel suo caso [...] la Cassa si è pienamente attenuta a quanto sopra indicate; a questo proposito si rinvia alla decisione di rendita del 27 novembre 2015, allo scritto del 17 gennaio 2020, alla decisione su domanda di revisione/riconsiderazione del 2 aprile 2020 e alla sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 30 novembre 2020.” Lo scritto del 14 agosto 2023 della Cassa all'assicurato presenta il seguente tenore (XXX 8): " [...] ci riferiamo alla sua richiesta d'informazioni del 27 luglio 2023, i parametri da lei indicati si riferiscono ad una rendita di vecchiaia o ad una rendita d'invalidità intera (grado d'invalidità del 70% o più). Lei è al beneficio di una rendita d'invalidità al 58% (mezza rendita d'invalidità), scala 44 ed un reddito annuo medio pari a 52'920, l'importo da noi erogato pari a fr. 990.00 è corretto (come si evince dall'allegato “Rendite complete mensili, scala 44”).” La corrispondenza sovraesposta dimostra che l'insorgente era stato reso edotto sulle basi di calcolo in concreto applicabili per determinare l'ammontare nominale della rendita, ragione per cui la presa di posizione della Cassa (cfr. supra consid. 1.16.), ancorché esaustiva e corretta, si rende superflua ai fini del giudizio. L'amministrazione ha dunque debitamente documentato il reddito annuo medio (in tal senso vedasi anche XXIX 2). Da parte sua, il ricorrente – che censura in modo generico

l'ammontare nominale della rendita a motivo di asseriti errori di calcolo – ha prodotto con il ricorso e nelle more della procedura copiosa documentazione comprendente, per quanto di rilevanza, presunti accrediti, richieste di acconto, contratti e corrispondenza relativa a progetti edilizi vari. Per costante giurisprudenza e prassi amministrativa, se – come nella fattispecie in esame (cfr. supra consid. 1.8.) – nell'ambito di una revisione ex art. 17 LPGA (da differenziare dal nuovo caso assicurativo) la rendita viene aumentata a motivo del peggioramento dello stato valetudinario, per determinare il nuovo importo si applicano le stesse basi di calcolo usate per la precedente rendita (DTF 147 V 133 consid. 5.1-5.4 con riferimenti), come rettamente rilevato dall'Ufficio AI e dalla Cassa (XXIX e XXIX 1, pag. 1). Ne consegue che, conformemente alla surriferita giurisprudenza, ai disposti di legge topici (cfr. supra consid. 2.8.2.2. e 2.8.2.3.) ed in considerazione della corrispondenza prodotta dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.17.), è accertato che il reddito annuo medio nel 2023 a fr. 52'920, determinato sulle medesime basi di calcolo del 2007 e aggiornati al 2023, a prescindere dalle – generiche – contestazioni del ricorrente che, a scanso di equivoci, non ha mai negato di aver ricevuto la corrispondenza sovraesposta (cfr. supra consid. 1.10 e 1.19). Il reddito annuo medio per il periodo 1. gennaio 2021 - 31 dicembre 2022 era di fr. 51'624 (XXIX 2, pag. 6). In applicazione della citata scala 44, la rendita corrispondente al reddito annuo medio accertato per il 2022 è di mensili fr. 1'931 dal 1. giugno al 31 dicembre 2022, mentre a partire dal 1. gennaio 2023 essa è aumentata a mensili fr. 1'980 (cfr. scala 44, versioni 11 e 12, reperibili in tedesco e francese sul portale www.sozialversicherungen.admin.ch). Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va di conseguenza confermata. 2.9. Il ricorrente chiede un “ corretto importo per sicuro torto morale e per adeguato risarcimento dei molti danni arrecati a causa dei regolari e manifesti errori ” (cfr. supra consid. 1.10). Per l'art. 78 cpv. 1 LPGA gli enti di diritto pubblico, gli organismi fondatori privati e gli assicuratori rispondono in qualità di garanti dell'attività degli organi d'esecuzione delle assicurazioni sociali per i danni causati illecitamente a un assicurato o a terzi da parte degli organi d'esecuzione o dei loro funzionari. Secondo l'art. 78 cpv. 2 LPGA l'autorità competente emette una decisione sulle pretese di risarcimento, mentre per il cpv. 4 per le procedure di cui ai capoversi 1 e 3 si applicano le disposizioni della LPGA. Non è svolta alcuna procedura d'opposizione. Gli articoli 3-9, 11, 12, 20 capoverso 1, 21 e 23 della Legge del 14 marzo 1958 sulla responsabilità sono applicabili per analogia. In materia AI, giusta l'art. 59a LAI la richiesta di risarcimento di cui all'art. 78 LPGA deve essere fatta valere presso l'ufficio AI e quest'ultimo statuisce mediante decisione. Per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388, 122 V 36 consid. 2a; SVR 2005 AHV Nr. 19). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF 9C_231/2009 del 23 dicembre 2009 consid. 5.; C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1, 119 Ib 36 consid. 1b; Forster, op. cit., n. 22 e 23 ad art. 78 LPGA). Nel caso in esame, la decisione impugnata del 7 novembre 2023 avendo per oggetto esclusivamente l'inizio del diritto alla rendita e l'ammontare nominale della stessa (cfr. consid. 2.3.), l'eventuale richiesta di risarcimento formulata con il presente gravame deve essere dichiarata irricevibile, non essendo stata emanata alcuna decisione impugnabile fondata sull'art. 78 LPGA. A titolo abbondanziale, si rileva che il ricorrente non ha sufficientemente sostanziato il danno e tantomeno l'illiceità del comportamento dell'Ufficio AI, circostanze, queste, che ostano all'applicazione dell'art. 78 LPGA (cfr. citata STF 9C_231/2009 consid.

5. con rinvii). 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1fbis LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente. 2.11. Come accennato (cfr. supra consid. 1.10.), il ricorrente ha chiesto l'assistenza giudiziaria che, non essendo egli patrocinato in causa, va intesa quale esenzione dalle tasse e spese processuali ex art. 3 cpv. 1 LAG. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (art. 29 cpv. 3 prima frase Cost.; artt. 2 e 3 cpv. 3 LAG; DTF 124 V 301 consid. 6.). 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 (STF 2C_849/2013 del 30 dicembre 2013 consid. 4.2. con rinvii giurisprudenziali), sulla base degli atti all'inserto e per i motivi esposti ai considerandi 2.2., 2.8.1., 2.8.2.4. e 2.9., la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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