

TI_GERICHTE 32.2024.13 vom 23. Januar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-01-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.13

FR: TI_GERICHTE 32.2024.13 du 23 janvier 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.13 del 23 gennaio 2024

Erwägungen

E. 31

dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022.". Secondo le citate Circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2024. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022, o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l'invalidità (teorica), giusta l'art. 28 LAI, sarebbe insorta il 5 marzo 2018, ossia un anno dopo l'inizio della incapacità lavorativa accertata dal medico SMR. Considerato però che l'assicurato ha presentato la domanda di prestazioni il 3 maggio 2019 (cfr. consid. 1.1), si tratta di una domanda tardiva ai sensi dell'art. 29 cpv. 1. LAI, perciò l'eventuale diritto a una rendita sorge al più presto sei mesi dopo la rivendicazione del diritto alle prestazioni, e meglio il 1° novembre 2019 (art. 29 cpv. 3 LAI). Ne consegue che, sulla scorta delle citate circolari, in specie è applicabile il diritto in vigore fino al 31 dicembre 2021 (cfr. Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), n. 2027 con esempio; cfr. anche Valterio, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 1, 3 e 4 ad art. 29 LAI). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità sono dunque 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, pag. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di

cui agli artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). 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).

2.4. Trattandosi dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, 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 LPGA (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 LPGA 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 in merito all'art. 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 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. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione né di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64).

2.5. A seguito della domanda di prestazioni dell'assicurato del maggio 2019, l'Ufficio AI ha raccolto gli atti medici determinanti presso i curanti, interpellandoli più volte nell'arco di più anni. Nel primo rapporto finale SMR del 20 maggio 2020 (doc. 37) la dr.ssa _____, specialista in medicina del lavoro, sulla scorta della documentazione medica acquisita agli atti (dr. _____ del 30 maggio 2018, dr. _____ del 13 giugno 2019, dr. _____ del 18 ottobre 2019 e dr.ssa _____ dell'8 maggio 2020), ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di stato dopo cardiopatia ischemica su malattia coronarica bivasale e quale diagnosi senza influsso la sindrome ansiosa generalizzata. Queste patologie si riflettevano sulla capacità lavorativa dell'assicurato in qualsiasi attività nella misura del 100% dal 5 marzo 2017, del 50% dal 6 luglio 2017, del 100% dal 10 settembre 2017 e del 50% dal 1° gennaio 2018. Considerato, però, che dal 1° marzo 2018 l'assicurato ha ripreso a lavorare al 100% con mansioni di impiegato di produzione e vendita alimentare presso la ditta che ha ritirato la sua attività, il medico SMR l'ha ritenuto abile al 100% in altre attività adeguate, fermo restando una limitazione di peso di 20 kg e la non esposizione a condizioni climatiche estreme e rischio di ferite. Con progetto di decisione del 7 dicembre 2020 (doc. 53) l'Ufficio AI, ritenuto che dopo un anno dall'insorgere dell'inabilità lavorativa il calcolo di confronto fra il reddito da valido e il reddito ipotetico statistico da invalido considerando una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate dava una perdita di guadagno nulla, non ha ritenuto dati i presupposti legali per attribuire una rendita di invalidità. Con le sue contestazioni l'assicurato ha apportato dei referti in ambito somatico e psichico. Il dr. med. _____, FMH in medicina interna e cardiologia, ha ribadito il 7 maggio 2021 che gli esami effettuati il 9 marzo 2021 non hanno documentato indizi che potessero fare pensare a un'origine cardiaca della sintomatologia lamentata (sudorazioni, palpitazioni, mancanza di fiato sotto sforzo) e insorta, a dire del paziente, dopo l'infarto del 5 marzo 2017. Per lo specialista, v'era stato il recupero pressoché completo della funzione ventricolare sinistra, perciò era possibile che l'evento infartuale avesse fatto da induttore alla sindrome ansioso-depressiva indicatagli dall'interessato, che si manifestava con attacchi di panico, e che i sintomi elencati fossero riconducibili quindi a questa patologia. Nel precedente referto del 9 marzo 2021 (doc. 68) il cardiologo aveva inoltre indicato che la situazione clinica dell'assicurato era caratterizzata da una limitazione funzionale soggettiva sotto sforzo e che

l'ecografia non aveva documentato dei disturbi. Il reumatologo dr. _____, che ha visitato l'assicurato il 26 febbraio e il 31 marzo 2021, ha rilevato unicamente una leggera limitazione dolorosa dei movimenti della colonna lombare, senza segni per una radicolopatia e assenza di diffusi dolori di carattere fibromialgico. Gli esami radiologici hanno evidenziato solo una lieve discopatia a livello L4-L5 con protrusione discale medio-laterale a sinistra e possibile contatto con L4 a sinistra, una incipiente osteocondrosi L5-S1 senza comunque compressione radicolare. Ciò stante, lo specialista ha concluso che queste alterazioni degenerative - che non richiedevano terapie più specifiche - potevano solo in parte spiegare i dolori lamentati dall'assicurato, non escludendo che avessero invece una certa componente funzionale-somatoforme in paziente con varie problematiche bio-psico-sociali. Non erano perciò dati i presupposti per giustificare una prolungata incapacità lavorativa soprattutto per l'attività fisicamente medio-leggera svolta in precedenza di titolare di una piadineria. Dal profilo psichico, nel suo rapporto del 16 febbraio 2021 il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha ricordato che l'infarto miocardico del marzo 2017 ha portato l'assicurato a poco meno di una decina di episodi di ansia parossistica di intensità elevata che l'hanno condotto al pronto soccorso. Egli si è quindi rivolto nel maggio 2019, una sola volta, alla psichiatra dr.ssa med. _____ e da giugno 2019 ha effettuato alcuni colloqui con una psicologa. Per il dottor _____, l'interessato era affetto da una sindrome ansiosa parossistica (ICD-10: F41.0), fattori psicologici o comportamentali associati a sindromi o malattie classificati altrove (ICD-10: F54), che riduceva in maniera consistente le performance e le resistenze e che comportava una limitazione dell'attuale capacità lavorativa. Era perciò opportuna una cura psicofarmacologica e la ripresa di colloqui con degli psicologi. Il 1° aprile 2021 l'assicurato è stato vittima di un'aggressione da parte di un terzo (doc. A3), riportando, secondo il referto del pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, una policonfusione con ferita superficiale lacero-contusa di 4 cm a livello temporale sinistro che ha richiesto una sutura e con avvallamento della limitante superiore di L5 associato a frattura dello spigolo anteriore superiore, non lussazione, oltre a lieve algia a livello del condilo mandibolare di sinistra ed escoriazione a livello del gomito senza deficit di sensibilità né di motricità. Gli esami radiologici, le TAC e le ecografie eseguite non hanno rilevato fratture o alterazioni post-traumatiche degli organi. Sebbene non vi fossero indicazioni neurochirurgiche, è stato consigliato all'assicurato un controllo ambulatoriale neurochirurgico. L'incapacità certificata andava fino al 18 aprile 2021. Il 13 aprile 2021 la dr.ssa med. _____, specialista in neurochirurgia, ha visitato l'interessato rilevando dolore alla palpazione a livello basso lombare e dei muscoli paravertebrali a sinistra a livello lombare. Dalla radiografia lombare eseguita quel giorno, confrontata con quella del giorno dell'aggressione, ha confermato la frattura di L5, ma non è risultato un peggioramento dell'avvallamento del piatto posteriore. Il quadro radiologico era quindi stabile e stante la persistenza dei dolori ha previsto un nuovo controllo clinico con RX lombare dopo un mese. All'esame neurologico del 18 maggio 2021 eseguito dal dr. _____ non sono risultati deficit e la radiografia della colonna lombare ha confermato il sostanziale mantenimento dell'altezza del soma di L5 senza ulteriore scomposizione della frattura e iniziali segni di consolidamento. È stata quindi posta l'indicazione di eseguire fisioterapia. L'inabilità è stata certificata per un mese. Il 17 dicembre 2021, nuovamente interpellato dall'Ufficio AI, il dr. med. _____ ha ricordato di avere visitato l'interessato da ultimo il 9 marzo 2021 e di avere rilevato, dall'ecografia, una funzione ventricolare sinistra conservata. Di conseguenza, non ha mai certificato un'incapacità

lavorativa. La dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, ha reso il 22 dicembre 2021 (doc. 94) un rapporto medico, in cui ha osservato di avere visto l'interessato solo per due colloqui preliminari nel giugno 2019. A suo tempo, già interpellata dall'amministrazione, l'8 maggio 2020 (doc. 35) aveva indicato di non avere attestato un'inabilità lavorativa, visto che la sindrome ansiosa generalizzata diagnosticata era senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Anche il medico curante dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, il 2 gennaio 2022 (doc. 95) ha riferito di avere avuto in cura l'assicurato per due mesi nel 2019 e di avere diagnosticato, con influo sulla capacità lavorativa, l'infarto del miocardio acuto del marzo 2017 e, senza influo, una sindrome ansiosa acuta, reattiva, con una buona prognosi. Gli ha perciò prescritto un consulto cardiologico completo e psichiatrico per psicoterapia, giacché v'era negazione e marcata elaborazione di ciò che gli era occorso. Il curante non ha certificato un'inabilità lavorativa. Ad inizio anno 2022 l'amministrazione ha richiesto un ulteriore aggiornamento degli atti ai vari medici curanti. Il dr. med. _____ ha riproposto i già noti referti del 2021. Del controllo neurochirurgico del 5 ottobre 2021 ha riferito il 19 ottobre 2021 il dr. med. _____ del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, che ha ritenuto opportuno ancora un ciclo di fisioterapia, mentre non v'era l'indicazione per una procedura infiltrativa. Stante l'importanza di tornare a lavorare, e tenuto conto che sussistevano delle limitazioni dovute ai dolori lombari ancora presenti, ha certificato un'abilità lavorativa al 50% dall'11 ottobre 2021, demandando al medico curante il passaggio a un'abilità lavorativa completa. Nel successivo rapporto medico del 10 aprile 2022 (doc. 101), il dr. _____ ha riferito di non aver più visto l'assicurato da allora, che non erano state previste terapie specifiche neurochirurgiche, che si aspettava una ripresa al 100% e che non ha ritenuto possibile rispondere alle domande sulla capacità lavorativa. Il dr. med. _____, specialista in medicina interna generale, nuovo medico curante dell'assicurato dal 1° febbraio 2022, l'8 aprile 2022 (doc. 100) ha attestato un'inabilità lavorativa del 50% dal 1° gennaio al 31 marzo 2022, non potendo l'assicurato eseguire lavori pesanti e flettere-estendere il rachide. Il quadro clinico era stabilizzato, il paziente avvertiva lombalgia irradiante alle gambe quando svolgeva attività ripetitive e pesanti e prolungate, di tanto in tanto avvertiva affanno respiratorio. Le diagnosi con ripercussione erano di cardiopatia ischemica, frattura L5 post-traumatica e sindrome ansiosa parossistica. Il problema cardiaco condizionava i lavori fisicamente troppo lunghi ed estenuanti, mentre il problema al rachide ostacolava lo svolgimento di lavori con carichi pesanti e ripetitivi. A quel momento, l'assicurato lavorava come cameriere a chiamata con turni di 4 ore; in attività compatibili con il suo stato di salute, l'abilità lavorativa era di 7,5 ore al giorno. Nel rapporto medico compilato il 5 maggio 2022 (doc. 102), il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha indicato che c'era stata un'unica consultazione il 16 febbraio 2022, in cui ha diagnosticato una sindrome ansiosa parossistica (ICD-10: F41.0), fattori psicologici o comportamentali associati a sindromi o malattie classificati altrove (ICD-10: F54) e in cui ha consigliato al paziente di iniziare una terapia psicofarmacologica specifica. Lo psichiatra non si è però sentito in grado di rispondere alle domande sul potenziale di integrazione dell'assicurato, non avendo sufficienti elementi. Nel rapporto finale SMR del 23 giugno 2022 (doc. 105) la dr.ssa med. _____ ha posto la diagnosi di stato dopo cardiopatia ischemica su malattia coronarica bivasale avente influo sulla capacità lavorativa, mentre senza ripercussione ha posto le diagnosi di sindrome ansiosa generalizzata, stato dopo frattura di tipo A1 di L5 post-traumatica e di sindrome lombo-vertebrale cronico-ricidivante su discrete discopatie a livello L4-L5 e L5-S1; dal

rapporto del _____ del 7 maggio 2019 la dottoressa ha estrapolato le limitazioni funzionali di carico di 20 kg al massimo e la non esposizione a condizioni climatiche estreme e a rischio di traumi e ferite. Essa ha quindi completato la tabella relativa alla capacità lavorativa indicando un'inabilità totale dal 1° aprile 2021 a causa della frattura di tipo A1 di L5 post-traumatica in qualsiasi attività, poi dall'11 ottobre 2021 del 50% nell'attività abituale, mentre nulla in attività adeguata giusta quanto certificato dal dr. _____. Il nuovo progetto di decisione del 19 settembre 2022 (doc. 109), che ha annullato e sostituito quello del 7 dicembre 2020, ha attribuito una rendita temporanea di invalidità all'assicurato. Dal confronto dei redditi nel 2019 e nel 2020 è emersa una perdita di guadagno nulla e dunque un grado di invalidità dello 0% perciò, ritenuta l'abilità lavorativa del 100% dall'11 ottobre 2021, fino a tre mesi dopo l'assicurato aveva diritto a una rendita intera di invalidità a decorrere dal 1° aprile 2021, periodo durante il quale l'inabilità era totale in qualsiasi attività lucrativa. Nelle osservazioni al predetto progetto l'assicurato ha allegato il certificato del 3 novembre 2022 (doc. 119) del dr. med. _____ a sostegno di un peggioramento del suo stato psichico. Lo psichiatra ha indicato di avere in cura l'interessato dal 19 luglio 2022, ha ricordato l'evento infartuale occorso nel 2017 e le problematiche ansiose-depressive reattive che ne sono insorte, come gli episodi di ansia parossistica di intensità elevata che l'hanno portato a rivolgersi al pronto soccorso. Lo specialista ha rammentato il consiglio del 2021 dato al paziente di riprendere contatto con degli specialisti, che l'ha portato fino a fine giugno 2021 ad essere seguito da una psichiatra e da una psicologa, ma a seguito dei postumi infortunistici dell'aggressione il trattamento è stato meno continuativo ed è stato interrotto. Con la ripresa delle sedute specialistiche, stante la presenza di una sintomatologia ansiosa legata a una sindrome post-traumatica da stress (ICD-10: F43.1), che andava ad aggiungersi alle diagnosi psichiatriche già note, il dr. _____ l'ha sottoposto a terapia psicofarmacologica e a colloqui di sostegno psicologico a frequenza regolare ogni due-tre settimane. A suo dire, i disturbi psichici erano di un'intensità tale da compromettere la resa, la resistenza, la tenuta e la tolleranza allo stress e pertanto era da considerare inabile al lavoro al 50% da luglio 2022. Il precedente medico curante, dr. _____, ha certificato un'inabilità lavorativa del 50% dall'11 ottobre al 30 dicembre 2021, così come il successivo curante, dr. _____, dal 1° gennaio al 31 marzo 2022, poi del 20% dal 4 maggio al 31 luglio 2022. Un altro medico, dr. med. _____, FMH medicina interna generale, il 22 settembre 2022 ha anch'egli genericamente certificato un'inabilità lavorativa del 100% dal 22 al 25 settembre 2022 e il dr. _____, del pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, dal 17 al 21 novembre 2022, il quale ha riferito della visita avvenuta il 17 novembre 2022 per lombalgia acuta e cefalea muscolotensiva. Il referto del 14 marzo 2023 (doc. 123) del dottor _____ si sovrappone al precedente del 3 novembre 2022. 2.6. Il 24 aprile 2023 (doc. 126) il Servizio Medico Regionale (dr. med. _____ e dr.ssa med. _____) ha richiesto l'allestimento di una perizia psichiatrica. Il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il _____, ha svolto due colloqui con l'assicurato: il primo il 18 luglio 2023 (durato dalle 9 e 10 alle 11 e 50) e il secondo il 26 luglio 2023 (15 minuti), per una durata totale di 175 minuti. Nel rapporto peritale del 26 luglio 2023 (doc. 131) l'esperto ha riassunto gli atti messi a sua disposizione considerati ai fini della sua valutazione (dal 2017 al 2023), l'anamnesi (familiare, socio-relazionale, lavorativa, somatica, psicopatologica pregressa e i disturbi attuali), la descrizione della giornata, i sintomi soggettivi e il trattamento psichiatrico in essere. Il perito ha poi esposto l'esito dell'esame clinico secondo AMDP-System, rilevando, in particolare, che l'assicurato

era lucido e orientato, attento e concentrato per tutta la durata del colloquio. L'assicurato ha affermato di presentare dei rimuginii relativi a quanto è accaduto e rispetto soprattutto all'infarto miocardico, continuava a lamentare una serie di sintomi fisici, uno stato di ansia abbastanza costante, con uno stato di allarme che si sarebbe incrementato dopo l'aggressione di aprile 2021. Nonostante siano passati sette anni, l'interessato era ancora preoccupato che si ripettesse, anche se senza un vero e proprio allarme ipocondriaco che l'aveva condotto a ripetuti accessi al pronto soccorso almeno fino al 2019. Si riteneva affaticato se doveva trasportare degli oggetti pesanti e quando affrontava delle rampe di scale si sentiva rapidamente affannato. Era molto convinto che i medici non gli riconoscessero la sua vera capacità di tenuta, nettamente ridotta rispetto al passato, perciò ha cambiato frequentemente medici. Presentava una serie di somatizzazioni a livello toracico, a livello delle braccia, l'umore appariva sub deflesso con astenia, ma non era anedonico. Dall'infarto del miocardio vi sarebbe stata una riduzione della quantità totale del sonno, con talvolta difficoltà di addormentarsi. Al mattino si sarebbe sentito sempre stanco. Riteneva di avere diritto al riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa al 50%. Non v'era ritiro sociale e l'assicurato non presentava disturbi neurologici, ma continuava a presentare una serie di somatizzazioni anche per le algie alla schiena (già il dr. _____ non giustificava una prolungata capacità lavorativa e sosteneva che poteva esservi una componente funzionale somatoforme per le problematiche biopsicosociali). Malgrado non abbia riscontrato segni di aggravamento, al secondo colloquio il perito ha sottoposto l'assicurato al test IOP-29 e dal punteggio raggiunto ha concluso che le lamentazioni dell'assicurato erano da considerarsi attendibili. Riguardo al riscontro di coerenze emerse, lo psichiatra ha osservato che l'assicurato ha cambiato numerosi specialisti per ottenere il riconoscimento della sua limitazione di tenuta sul lavoro. Questa ricerca, d'avviso dell'esperto, dipendeva solo in parte dalla scarsa flessibilità cognitiva dell'assicurato sia su base personologica sia dovuta alla sintomatologia ansiosa piuttosto che da un deliberato tentativo di aggravamento o esagerazione dei sintomi. Tuttavia, pur lamentando la sintomatologia, assumeva la terapia psichiatrica a bassi dosaggi e in modo discontinuo e non aveva dato seguito alle indicazioni del neurochirurgo, ciò che contrastava con il malessere soggettivamente riferito derivante dalla sintomatologia psicofisica. Inoltre, dall'esito della valutazione l'assicurato faceva dipendere altri movimenti legali a fini risarcitori. Dopo la discussione diagnostica l'esperto ha posto la diagnosi di sindrome ansiosa generalizzata (ICD-10: F41.1) e di accentuazione di tratti di personalità anancastica (ICD-10: Z73.1). Nella valutazione psichiatrica, il dr. med. _____ ha evidenziato che l'assicurato è sempre stato attivo professionalmente. Pure al momento della perizia stava svolgendo al 50% un'attività, peraltro anche fisicamente pesante, come scaricare e caricare furgoni o montare e smontare delle strutture. In modo perentorio, l'interessato ha affermato, con una certa rigidità che era in linea con la ricerca costante di certificazioni da parte di curanti, di tollerare al massimo tale pensum. Tuttavia, per la sola psicopatologia, le limitazioni dovute alla sindrome ansiosa generalizzata, che perdurava peraltro dall'infarto, non erano peggiorate dopo l'aggressione dell'aprile 2021. Sul piano psico-patologico era giustificata una limitazione parziale della flessibilità, del giudizio e della persistenza, per cui l'inabilità lavorativa non era superiore a un 25%, da intendersi come riduzione del tempo ed era presente dal periodo successivo all'infarto al miocardio del marzo 2017 e non v'era stato un peggioramento significativo in termini funzionali dopo l'evento infortunistico del 2021. Riguardo alle precedenti terapie, il perito ha rilevato che, di fatto, la prima presa a carico è avvenuta da parte del dr. _____ soltanto nel 2022; la terapia impostata era

adeguata al quadro, l'assicurato non ha riferito grandi miglioramenti con la terapia e avrebbe potuto essere impostata una terapia con dosaggi superiori per limitare la sintomatologia ansiosa ancora presente, anche se dubitava che ciò avrebbe portato a un miglioramento della capacità lavorativa. Quanto alla valutazione della coerenza e plausibilità, l'esperto nominato dall'Ufficio AI ha evidenziato che la patologia psichiatrica non era di pervasività tale da limitare nella misura maggiore del 25% il funzionamento dell'assicurato, per cui solo alcune dimensioni del Mini ICF potevano essere ritenute plausibili. Peraltro, l'assicurato ha dimostrato una capacità di adattamento e di tenuta durante il percorso presso una ditta, che testimonia la solo parziale influenza della patologia psichiatrica. Egli non ha osservato segni deponenti per simulazione (confermato anche dal test IOP-29). L'assicurato rimaneva convinto dell'impossibilità, dopo un infarto, di recuperare un funzionamento precedente. Questo non derivava da una ideazione di tipo prevalente né delirante, ma da un oggettivo cambiamento nello stato di ansia basale che era giustificato dallo sviluppo della sindrome ansiosa generalizzata su un'accentuazione di tratti personologici, anche se vi erano indubbiamente ulteriori vantaggi secondari che dovevano essere tenuti in considerazione. Il perito ha poi valutato le capacità e i problemi dell'assicurato descrivendo le risorse e i deficit secondo lo schema Mini ICF - APP, rilevando sostanzialmente un grado di disabilità assente (nel rispetto delle regole, nella organizzazione dei compiti, nelle competenze, nell'assertività, nel contatto con gli altri, nell'integrazione nel gruppo, nelle relazioni intime, nelle attività spontanee, nella cura di sé e nella mobilità), lieve (nella persistenza) e lieve-moderato (nella flessibilità e nel giudizio). Nel rispondere alle domande sulla capacità lavorativa, il dr. med. _____ ha valutato che sin dai primi mesi dopo l'infarto miocardico acuto, quando era stato certificato abile al 100% sul piano cardiologico, l'assicurato presentava sia nell'attività abituale sia in altre adeguate una riduzione del 25%, in termini di tempo e non di rendimento, della capacità lavorativa a causa dello sviluppo di una cardio fobia successivamente evoluta in una sindrome ansioso generalizzata che limitava alcune dimensioni di funzionamento. Mediante l'attuazione di provvedimenti sanitari non era possibile migliorare ancora in misura rilevante la capacità lavorativa, l'assicurato era in grado di procurarsi un lavoro e di mantenerlo. Durante la valutazione il perito ha acquisito direttamente dall'interessato alcuni referti medici, che ha allegato alla perizia. Il 23 marzo 2023 la dr.ssa med. _____, specialista FMH in cardiologia, ha riferito della visita effettuata quel giorno e ha ricordato l'evento infartuale del 2017, la RM cuore del luglio 2017, il test da sforzo nel 2018, i plurimi accessi al pronto soccorso nel 2019-2020, le saltuarie toracoalgie oppressive di breve durata irradiate anche al braccio sinistro - con ultimo episodio 10 giorni prima -, la terapia in essere con cardioaspirina, atorvastatina, pantoprazolo, Brintellix, Trittico. Dagli esami condotti è risultato che la funzione sistolica globale era lievemente ridotta, il paziente ha riferito saltuari dolori toracici di possibile significato ischemico, motivo per cui ha consigliato un test da sforzo e semmai un ulteriore approfondimento. Il 1° maggio 2023 il dr. med. _____, della clinica di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, ha riferito della visita del 24 aprile 2023 effettuata su invio della dr.ssa _____. Lo specialista ha esaminato l'assicurato - che lavorava su chiamata di solito non più di quattro ore al giorno e se lavorava di più presentava poi un affaticamento muscolare importante al rachide lombare, con difficoltà a continuare le attività della vita quotidiana e lavorativa - rilevando una minima ipoestesia all'intero arto inferiore a sinistra, lieve dolore esacerbato dai movimenti di torsione e flessione-estensione del tronco sugli arti a livello basso lombare, dolore alla digiropressione a livello delle faccette articolari, bilateralmente più importante a sinistra.

Dalla risonanza magnetica lombare nativa del 25 marzo 2023 egli ha rilevato un possibile contatto disco-radicolare L2 sinistra in L2-L3 invariato, stabile l'esito fratturativo di L5. Il neurochirurgo pensava quindi che vi fosse una problematica faccettopatica a livello del segmento L4-L5, L5-S1, in esiti di trauma, perciò ha suggerito una presa a carico con test sui rami mediali delle faccette articolari ed eventuale conseguente denervazione. Il paziente non era quindi in grado non solo di eseguire un'attività lavorativa con sollevamento e mobilizzazione di carichi pesanti, ma anche era opportuno evitare un tempo lavorativo maggiore alle quattro ore in posizione gravitaria continuativa con sovraccarico e movimenti bruschi di torsione e flesso-estensione del tronco. Nel certificato medico del 19 giugno 2023 la dr.ssa med. _____, FMH medico pratico, suo nuovo medico curante, ha riferito che oltre alla cardiopatia ischemica l'assicurato soffriva di esiti di trauma con frattura di L5 trattata conservativamente e discopatia L2-L3 con piccola ernia foraminale sinistra, per cui il neurochirurgo reputava il paziente non in grado di eseguire una attività lavorativa con sollevamento e mobilizzazione di carichi pesanti e anche che fosse opportuno evitare di lavorare più di 4 ore in posizione eretta. La curante era concorde con il predetto neurochirurgo che la capacità lavorativa era ridotta del 50%. Nel rapporto finale dell'8 agosto 2023 (doc. 132), che sostituiva quello del 23 giugno 2022, la dr.ssa med.

_____ ha aggiunto alle diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa quella di sindrome ansiosa generalizzata (ICD-10: F41.1) e ha posto quella di accentuazione di tratti di personalità anancastica (ICD-10: Z73.1) quale diagnosi senza influsso sulla capacità. Quali limitazioni funzionali il medico SMR ha ridotto a 10 kg il carico massimo alla luce delle avvertenze del neurochirurgo dr. _____. Inoltre, ha modificato l'incapacità lavorativa in attività adeguate portando il precedente grado dello 0% (dal 1° marzo 2018 e dall'11 ottobre 2021) al 25% secondo quanto stabilito dal perito psichiatra, mentre nell'attività abituale di titolare di take away l'incapacità lavorativa si alternava sempre tra il 100% e il 50% e quest'ultima percentuale derivava dalle certificazioni dei curanti dr. _____, dr. _____ (19 ottobre 2021), dr. _____ (1° maggio 2023) e dr.ssa _____ (19 giugno 2023) indicati nella perizia. Il dottor _____ ha preso posizione il 24 settembre 2023 (doc. 135) sulla valutazione peritale del 28 luglio 2023. Egli dissentiva nei confronti delle motivazioni del collega per escludere alla origine della sintomatologia ansiosa la presenza che egli aveva diagnosticato di sindrome post-traumatica da stress correlata all'aggressione dell'aprile 2021, limitandosi il perito psichiatra a ritenere rilevante soltanto la sindrome ansiosa generalizzata. Secondo lo psichiatra curante, invece, il trauma subito ha portato l'assicurato a confrontarsi con un'esperienza di eccezionale portata che lo ha messo faccia a faccia con la morte e che lo ha proiettato da quel momento in una condizione esistenziale di grande vulnerabilità e precarietà psico-affettiva esponendolo a uno sconvolgimento del suo stile di vita, a uno stato di allarme permanente e a un ulteriore innalzamento delle quote ansiose rispetto al livello riscontrato prima dell'evento stressante. Se pure il perito ha ammesso questo stato di allarme innescato dall'aggressione, poi, però, ne ha escluso il nesso di causalità con la sindrome post-traumatica da stress adducendo a titolo di elementi probatori a sostegno della sua tesi considerazioni che per il dr. _____ erano insostenibili. D'avviso di quest'ultimo, era indiscutibile che il paziente avesse subito un trauma psicologico trovandosi di fronte alla prospettiva di una morte imminente che, pur non portandolo a manifestare franchi episodi dissociativi o altre manifestazioni di presa di distanza dall'esperienza traumatica, lo hanno comunque profondamente segnato portandolo a manifestare multiformi sintomi a livello somatico da correlare al trauma che ne hanno compromesso la resa, la resistenza, la tenuta e

la tolleranza allo stress. Il 10 ottobre 2023 (doc. 140) il dr. _____ si è espresso sulla relazione del collega, spiegando i criteri alla base di una diagnosi di PTSD, fra cui, quale elemento patogenetico centrale, l'inibizione della risposta di attacco e fuga che sarebbe alla base neurobiologica dello sviluppo del disturbo; tuttavia, nella descrizione dell'evento ciò non sarebbe avvenuto. Nel suo complemento peritale egli ha inoltre spiegato che per porre la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress devono essere presenti almeno un sintomo per ognuna delle 4 macroaree che i criteri diagnostici vanno a sondare, concludendo, in specie, che non tutti erano presenti. Per questo motivo, nella sua perizia, pur riconoscendo all'evento del 2021 una rilevanza e avendo lo stesso generato una reazione traumatica, il perito non ha ritenuto che si fosse sviluppato un disturbo post-traumatico da stress anche se, in una persona già con un quadro d'ansia generalizzata e somatizzazioni, era in questa area che si erano continuati a manifestare i sintomi che erano già antecedenti al trauma stesso e che sono stati descritti dall'assicurato. Pertanto, pur non negando una risposta traumatica all'evento dell'aggressione, l'esperto non riteneva che dallo stesso si fosse sviluppato un PTSD. Nelle annotazioni del 6 novembre 2023 (doc. 141) il medico SMR ha rinviato, per quanto concerne i referti del dottor _____, al complemento peritale del mese precedente. Quanto ai referti dei curanti, la dr.ssa _____ ha osservato che l'indicazione data dal dr. _____ di sottoporsi al test sui rami mediali delle faccette articolari non risultava essere stata ossequiata dall'assicurato. Inoltre, il neurochirurgo ha confermato in sostanza il rapporto finale SMR, che valutava nel 50% la capacità lavorativa in attività abituale e la dr.ssa med. _____, che aveva in cura da poco l'assicurato, ha riferito quanto attestato dal neurochirurgo. Nell'allegato referto del 18 febbraio 2024 (doc. A4) al ricorso contro la decisione del 23 gennaio 2024, che ha confermato l'attribuzione di una rendita temporanea anche considerando una capacità lavorativa residua del 25%, il dr. _____ si è soffermato sull'esito della valutazione secondo schema Mini ICF-APP effettuata dal perito, non concordando con la di lui valutazione. Inoltre, lo psichiatra curante ha spiegato il suo dissenso in merito alla diagnosi di sindrome post-traumatica da stress non ritenuta dal perito, indicando gli elementi che, invece, la caratterizzano. Quali nuovi mezzi di prova il ricorrente ha prodotto dei generici certificati di inabilità lavorativa rilasciati dalla dr.ssa _____, contemplanti delle inabilità lavorative del 50% dal 1° dicembre 2023 al 22 gennaio 2024 (doc. VIII/1) e dal 29 gennaio al 10 marzo 2024 (doc. VIII/2), mentre del 100% dall'11 al 17 marzo 2024 (doc. VIII/3), dal 20 marzo al 1° aprile 2024 (doc. VIII/4) e dal 2 all'8 aprile 2024 (doc. VIII/5). La curante ha pure certificato il 18 aprile 2024 (doc. VII/6) che il collega di studio ha visitato l'assicurato in urgenza l'11 marzo 2024 per la comparsa di un dolore retrosternale tipico; non risultando ischemie in atto, ma non potendo escludere episodi di angor instabile, ha iniziato un'ulteriore terapia coronarodilatativa ed è stata programmata una cardioTAC per la settimana seguente. Fino ad allora ha certificato un'inabilità lavorativa. Nelle annotazioni del 2 maggio 2024 (doc. X/2) il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il Servizio Medico Regionale, ha preso posizione sul referto del dr. _____ del 18 febbraio 2024, affermando che riportava in modo reiterativo e con riferimenti alla perizia per i punti in cui il curante era in disaccordo con il perito, le stesse considerazioni espresse il 24 settembre 2023 presentate al perito e a cui il dr. _____ aveva risposto il 10 ottobre 2023 in modo esaustivo nel confermare la sua posizione. Per il medico SMR, non sono stati dunque presentati fatti nuovi o modificazioni significative di fatti noti se non un diverso apprezzamento del curante di quanto valutato nella perizia del 26 luglio 2023. Per la dr.ssa _____, che sempre il 2 maggio 2024 (doc. X/1) si è occupata dell'aspetto somatico,

nelle sue annotazioni ha ritenuto generiche le certificazioni di inabilità lavorativa della dr.ssa med. _____, senza diagnosi, l'esito di un esame obiettivo, l'evoluzione clinica e valetudinaria, una prognosi e il trattamento terapeutico. In merito al referto di quest'ultima del 18 aprile 2024 ha osservato che non è stato allegato il tracciato di ECG, che l'assicurato non è stato inviato al pronto soccorso né che è stata richiesta una sollecita visita cardiologica, ma programmata una cardioTAC a oltre un mese e mezzo dall'insorgenza del dolore retrosternale tipico. La dottoressa dell'SMR ha infine evidenziato 7 punti che l'hanno portata a concludere che, in assenza di fatti nuovi o di modificazioni significative di fatti noti, erano ancora valide le conclusioni del suo rapporto finale redatto nell'agosto 2023. Il ricorrente ha quindi prodotto, nuovamente, il referto del 1° maggio 2023 (doc. XI/2) del neurologo dr. _____, oltre a quello del 7 febbraio 2024 (doc. XII/1) del dr. med. _____ della clinica di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____, il quale ha riportato, identico, il consiglio del collega di non lavorare per più di quattro ore e di non sollevare carichi pesanti. Il referto della cardioTAC effettuata il 24 aprile 2024 riferiva che è stata rilevata la pervietà dello stent a carico dell'arteria circonflessa media e lesioni intermedie di RIVA, RCA e RIVP (sia la coronaria sinistra che quella destra presentavano una stenosi del 50-70%); il referto radiologico del 24 aprile 2024 (doc. XII/3) della TAC polmonare, eseguito a complemento della valutazione cardiaca e coronarica, indicava che non risultavano particolari disturbi. Infine, l'SMR ha preso posizione su questa documentazione il 27 maggio 2024 (doc. XIV/1), rilevando che il dr. _____, che ha visto un'unica volta l'interessato, ha suggerito di eseguire un test di cui però non v'è nessuna traccia, verosimilmente a riprova della scarsità della sintomatologia algica patita dall'assicurato. Il dr. _____ non ha visitato l'assicurato, ma ha genericamente avallato quanto certificato dal collega neurochirurgo. Sugli esami cardiologici l'SMR ha osservato che le lesioni intermedie di RIVA, RCA e RIVP erano già presenti nel 2017 all'atto dello STEMI infero-laterale e che erano di significato emodinamico. Le stenosi descritte andavano da <50% a 50-70%, quindi non erano meritevoli di dilatazione coronarica. Dopo avere riportato la documentazione cardiologica agli atti, la dr.ssa med. _____ ha sottolineato che anche nel 2021 è stata riconfermata la presenza di un'ateromatosi moderata anche a carico della coronaria di destra asintomatica e non meritevole di intervento angiologica. Sul certificato del 23 marzo 2023 della dr.ssa _____ il Servizio Medico Regionale ha rilevato che quest'ultima ha valutato l'assicurato un'unica volta, la quale gli ha consigliato l'esecuzione di un test da sforzo - di cui non vi sono referti - e, se negativo, l'esecuzione di una TAC coronarica, che è stata effettuata oltre un anno dopo, a riprova dell'esiguità, se non dell'assenza, dei disturbi attuali patiti dall'interessato. Anche la TAC cuore completamente polmonare cardioTAC non ha rilevato problemi. Come in precedenza, il medico SMR ha riassunto in 8 punti i motivi per cui quanto emerso non impediva lo svolgimento dell'attività abituale di titolare di negozio di piadine al 50% rispettivamente di un'attività consona allo stato di salute attuale dell'assicurato al 75%, come valutato in precedenza. Pertanto, in assenza di fatti nuovi rispettivamente di modifiche significative di fatti noti, rimanevano valide le conclusioni del rapporto finale SMR dell'agosto 2023. 2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali

lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi

concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 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). 2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) 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; 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. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Con 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 quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi, la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale e da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza, la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre

2017). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 (8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 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. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai citati giudizi 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 3.5.1 ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto, si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza 8C_409/2017 del 21

marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Infine, in DTF 145 V 215 l'Alta Corte ha stabilito che 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 8C_309/2018 del 2 agosto 2018, consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018, consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.9. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente valutato lo stato di salute del ricorrente, dopo attenta analisi di tutti gli atti medici il Tribunale non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta. In primo luogo occorre rilevare che ogni volta che l'Ufficio AI raccoglieva della documentazione medica presso i curanti del ricorrente, o che gli trasmetteva l'assicurato medesimo, la sottoponeva, giustamente, al vaglio del Servizio Medico Regionale. In questo modo, ogni singolo referto presente agli atti dell'amministrazione è stato debitamente vagliato da una persona esperta in materia. Anche gli atti medici che l'insorgente ha prodotto con il ricorso - seppure alcuni già presenti nell'incarto dell'amministrazione - e pendente causa, sono stati oggetto di una attenta e approfondita disamina da parte di specialisti alle dipendenze del Servizio Medico Regionale (dr.ssa med. _____ e dr. _____). 2.9.1. Preso atto dal rapporto medico del 3 novembre 2022 dello psichiatra curante dr. _____, secondo cui l'assicurato soffriva di una sindrome ansiosa parossistica (ICD-10: F41.0) associata a fattori psicologici e comportamentali in relazione a sindromi o malattie classificate altrove (ICD-10: F54), il Servizio Medico Regionale ha ritenuto opportuno che un perito valutasse lo stato di salute dell'interessato. Ciò è avvenuto poco dopo, nel corso del mese di luglio, da parte del dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il _____, che ha visitato l'interessato in due occasioni a distanza di otto giorni l'uno dall'altro durante due ore e quaranta minuti la prima volta e 15 minuti la seconda. Il 26 luglio 2023 l'esperto ha reso la sua perizia, in cui ha esposto nel dettaglio l'esito dell'indagine clinica esperita, dei reperti oggettivi riscontrati dalle sue osservazioni, dell'esame clinico secondo AMDP-System e della valutazione psichiatrica comprendente la valutazione delle capacità e delle risorse secondo lo schema Mini ICF-APP. Sulla scorta di queste sue valutazioni, lo psichiatra ha posto le diagnosi aventi ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome ansiosa generalizzata (ICD-10: F41.1) e di accentuazione di tratti di personalità anancastica (ICD-10: Z73.1), ribadendole, implicitamente, nel suo complemento peritale del 10 ottobre 2023 con cui ha preso posizione sul penultimo referto del curante (24 settembre 2023). Nella sua prima valutazione, il dr. med. _____ ha osservato che il ricorrente non ha mai perso il filo del discorso durante le due ore e mezza del primo colloquio, nemmeno era apparso affaticato, non si è mai commosso, ha retto bene lo sguardo dell'interlocutore, non è apparso rallentato. L'assicurato ha affermato che continuava a rimuginare su quanto accaduto nel 2017 e continuava a lamentare una serie di sintomi fisici, uno stato di ansia abbastanza costante, con uno stato di allarme che sarebbe aumentato dopo l'aggressione dell'aprile 2021. L'esperto ha rilevato che l'interessato " Pare decisamente convinto del fatto che non gli venga riconosciuta dai medici, che ha frequentemente cambiato, la sua vera capacità di tenuta, nettamente ridotta rispetto al passato (...) ritiene di avere diritto al riconoscimento di una riduzione della capacità lavorativa al 50%. Egli stesso riconosce (...) che la sua sia una situazione ben più lieve, ma ritiene che questa, associata al rischio di recidiva cardiaca e ai disturbi alla schiena, esitati dall'aggressione, lo limitino nel sostenere un pensum superiore al 50%. Investe molto sulla valutazione dell'ufficio AI dalla quale

dipende anche l'andare avanti con l'avvocato per il risarcimento danni dall'aggressore, ma anche una programmazione del proprio futuro con una minima tranquillità economica " (doc. 131 pag. 27). Dal test IOP-29 è risultato che le lamentele erano attendibili. Nella discussione sulle eventuali incoerenze, l'esperto ha rilevato che l'assicurato ha cambiato numerosi specialisti per ottenere il riconoscimento della sua limitazione di tenuta sul lavoro, ma pur lamentando la sintomatologia, assumeva una terapia psichiatrica a basso dosaggio e/o in modo discontinuo e non ha dato seguito alle indicazioni del neurochirurgo di sottoporsi al test sui rami mediali delle faccette articolari, ciò che contrastava con il malessere soggettivamente riferito derivante dalla sintomatologia psicofisica. Pure il medico SMR ha fatto questa considerazione. Il dr. med. _____ ha inoltre ben spiegato le ragioni per non ammettere la diagnosi di un disturbo post-traumatico da stress che il dottor _____, che nel luglio 2022 è diventato lo psichiatra curante dell'assicurato, ha individuato. Anche nel complemento peritale del 10 ottobre 2023 l'esperto nominato dall'Ufficio AI ha preso ulteriormente posizione su questa tematica, precisandone i tratti distintivi, i criteri per ammetterla e spiegando quali sintomi necessari per diagnosticare la PTSD non erano dati. Egli ha così nuovamente contraddetto, in modo convincente, la diagnosi ribadita dal dr. _____ nel suo referto del 24 settembre 2023, in cui ha sottolineato che l'evento dell'aprile 2021 era certamente traumatogeno. L'esperto non ha inoltre riscontrato particolari gradi di disabilità nell'assicurato nel dar fondo alle sue risorse, anzi, su 13 item in ben 10 non v'era nessuna disabilità, ciò che si è riflettuto nella vita quotidiana, visto che il ricorrente aveva ripreso a lavorare almeno a metà tempo sia come cameriere (nell'aprile 2022 il dr. med. _____ ha attestato che in quel periodo l'interessato lavorava con turni di 4 ore al giorno o anche più a lungo, ma poi ne risentiva fisicamente) sia come magazziniere con lavori di carico e scarico merci, montaggio e smontaggio (per certo nel periodo in cui è stato valutato dal dr. med. _____). Queste attività dimostrano che l'assicurato, contrariamente a quanto affermato dal dottor _____, non aveva alcun problema a relazionarsi con terzi. La stessa perizia del 2023 lo indica: " non riporta problemi nei rapporti con i colleghi " (doc. 131 pag. 27), come pure i certificati di lavoro del 2020 allegati alla valutazione peritale: " Sul piano professionale ha dimostrato collaborazione e voglia di fare. Buoni livelli di tatto e pazienza hanno anche permesso di instaurare relazioni funzionali con gli utenti (non scontato e semplice) " e ancora " Anche sul piano personale è stato un piacere per la squadra collaborare con il Sig. RI 1 che ha sempre dimostrato grande interesse, dinamismo, flessibilità e rispetto. ". L'esperto ha pure ben evidenziato che dall'esame clinico era emerso che dopo l'aggressione del 2021 le limitazioni funzionali dell'assicurato dovute alla sindrome ansiosa generalizzata, insorta dopo l'infarto, non erano peggiorate. Pertanto, a causa della flessibilità, del giudizio e della persistenza che erano parzialmente limitati, egli ha ritenuto che la capacità lavorativa del ricorrente fosse ridotta del 25% già dopo l'evento del marzo 2017. A questa conclusione, ben motivata e priva di contraddizioni, ci si può attenere. Per quanto concerne il periodo antecedente l'evento del 2021, il TCA evidenzia che la valutazione peritale è più favorevole all'assicurato rispetto a quanto ha rilevato la dr.ssa _____ in passato - unica certificazione agli atti in ambito psichico relativa al periodo successivo all'infarto del miocardio e precedente l'aggressione. Quest'ultima ha infatti ricordato l'8 maggio 2020 (doc. 35) di avere visitato l'assicurato un paio di volte nel 2019 e che a quel tempo non aveva rilevato alcuna inabilità lavorativa dovuta alla sindrome ansiosa generalizzata, patologia che aveva ritenuto non essergli di impedimento per lavorare. Questa diagnosi è stata confermata il 12 febbraio 2021 (doc. 63) dalla psicologa e psicoterapeuta che l'ha

seguito con cinque colloqui tra agosto e metà settembre 2019. Riguardo al periodo posteriore all'aprile 2021, il certificato medico del 16 febbraio 2021 (doc. 63) del dr. _____ traccia un quadro dell'interessato basandosi sulla visita che ha effettuato quel giorno e sui referti dei curanti, aggiungendo alla sindrome ansiosa parossistica dei fattori psicologici o comportamentali associati a sindromi o malattie classificati altrove, ma seppure abbia indicato che questa malattia psichica riduceva in maniera consistente le sue performance e resistenze, e comportava una limitazione della sua attuale capacità lavorativa, non l'ha stimata. La sua prima valutazione in qualità di medico curante risale al 3 novembre 2022, ovvero dopo tre mesi e mezzo di presa a carico, e in quell'occasione ha confermato le due precedenti diagnosi (ICD-10: F41.0 e F54), aggiungendovi la presenza di una sintomatologia legata a una sindrome post-traumatica da stress (ICD-10: F43.1). Complessivamente, tutto ciò gli comportava un impedimento del 50% da luglio 2022 in poi nell'esercizio di un'attività lavorativa. Come visto, però, il perito ha ben spiegato le ragioni per cui non era invece ammissibile quest'ultima diagnosi e ha quindi valutato nel 25% l'inabilità lavorativa del ricorrente, facendola risalire sin dall'evento infartuale del marzo 2017. Va qui inoltre ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sull'argomento: STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012, consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche, ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12). Dal profilo psichico, quindi, non vi sono sufficienti elementi per scostarsi dalla chiara e dettagliata analisi effettuata dal dr. med. _____ nel luglio 2023 e ulteriormente confermata, ma anche approfondita, nell'ottobre 2023 nel suo complemento peritale. Si deve di conseguenza ritenere che dall'evento infartuale del marzo 2017 l'assicurato ha sviluppato una sindrome ansiosa generalizzata e un'accentuazione di tratti di personalità anancastica, che non sono peggiorate significativamente dopo l'aggressione dell'aprile 2021. In presenza di queste patologie psichiatriche, e vista la valutazione delle capacità risorse e problemi secondo lo schema Mini ICF-APP, da cui è emerso che i gradi di disabilità erano sostanzialmente assenti e quindi dimostrando il ricorrente di avere ancora delle grandi risorse, la capacità lavorativa deve essere valutata come ridotta del 25% in qualsiasi attività lavorativa, da intendere come riduzione del tempo di lavoro. Nel rapporto finale SMR dell'8 agosto 2023 la dr.ssa _____ ne ha tenuto conto a partire dal 1° marzo 2018 - riconoscendo un'inabilità lavorativa del 25% -, mentre prima di allora questo grado di incapacità era maggiore (del 100% o del 50%) a causa non di problemi psichici, ma somatici. 2.9.2. A quest'ultimo proposito, va rilevato che il dr. med. _____, che ha seguito il ricorrente per la problematica cardiaca, non ha mai attestato un'inabilità lavorativa derivante dall'infarto del miocardio. La funzionalità ventricolare sinistra era infatti conservata, perciò le sudorazioni, le palpitazioni e la mancanza di fiato sotto sforzo, unitamente agli attacchi di panico che l'interessato ha manifestato fino al 2019-2020, erano riconducibili verosimilmente alla sindrome ansioso-depressiva sottogiacente, ma non a problemi cardiaci. Anche il reumatologo dr. med. _____, che ha visitato l'assicurato il 26 febbraio e il 31 marzo 2021, non ha oggettivato delle patologie né ritenuto esservi un'inabilità lavorativa. Nemmeno il dr. _____ ha rilevato nel 2019 degli elementi tali

da impedire all'interessato di lavorare. L'astenia, la facile faticabilità allo sforzo lieve, la paura, gli attacchi di panico in caso di piccoli dolori toracici, l'hanno portato a diagnosticare, oltre alla cardiopatia ischemica con infarto transmurale, dei disturbi ansiosi-fobici (ICD-10: F40), dei fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati altrove (ICD-10: F54) e un disturbo depressivo ricorrente (ICD-10: F33). Egli ha avuto in cura l'interessato da maggio a luglio 2019 e in quel periodo non ha redatto un certificato di inabilità lavorativa. Pure il precedente medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna generale, non si è pronunciato il 13 giugno 2019 (doc. 39) sull'abilità lavorativa dell'assicurato, limitandosi a ritenere che fosse improbabile un rendimento oltre il 50% in una professione adeguata alle sue condizioni psichiche. Per il periodo successivo all'aggressione, che ha causato al ricorrente la frattura di tipo A1 di L5, il neurochirurgo dr. _____ non ha rilevato particolari impedimenti. Alla risonanza magnetica del 24 agosto 2021 era presente ancora un certo grado di edema del soma che dava luogo a dolori nella regione lombo-sacrale, ma non era particolarmente dolorante la rotazione inclinazione, flesso-estensione del tronco. Lo specialista ha perciò certificato un'incapacità lavorativa del 50% dall'11 ottobre 2021, lasciando al medico curante di decidere in merito al passaggio a un'abilità lavorativa completa. Il 1° maggio 2023 il neurochirurgo dr. _____, che all'esame clinico non ha rilevato particolari deficit, ha riferito che dalla RM colonna lombare nativa del 25 marzo 2023 l'esito fratturativo di L5 era stabile e c'era un possibile contatto disco-radicolare L2 sinistra in L2-L3 invariato. Aveva suggerito un test sui rami mediali delle faccette articolari ed eventuale denervazione, che però non risulta essere mai avvenuto. Lo specialista ha comunque ritenuto l'interessato non in grado di eseguire un'attività lavorativa con sollevamento e mobilizzazione di carichi pesanti e di lavorare più di quattro ore in piedi in maniera continuativa con sovraccarico e movimenti bruschi di torsione e flesso-estensione del tronco. A questa medesima conclusione si è allineato l'ultimo medico curante del ricorrente, la dr.ssa med. _____ che, riconoscendo di averlo in cura da poco tempo, si è limitata a riferire, il 19 giugno 2023, quanto attestato poco prima dal neurochirurgo. Perfino il dr. _____, anch'egli neurochirurgo, il 7 febbraio 2024, senza eseguire un esame clinico sul paziente, ha utilizzato nel referto le stesse parole del collega: " sulla base di quanto constatato da parte del mio collega Dr. med. _____, raccomando al Signor RI 1 di evitare di eseguire un'attività lavorativa con sollevamento e mobilizzazione di carichi pesanti, nonché di evitare un tempo lavorativo maggiore alle 4 ore in posizione gravitaria continuativa con sovraccarico e movimenti bruschi e flesso-estensione del tronco ". Infine, i più recenti certificati medici relativi ad inizio anno 2024, prodotti pendente causa, sono stati analizzati dalla dr.ssa _____ nelle sue annotazioni del 2 maggio 2024, la quale ha correttamente osservato che tutti hanno fornito una generica certificazione di inabilità lavorativa, senza diagnosi, un esame obiettivo, un'indicazione di un trattamento terapeutico e attestano alternativamente tra il 50% e il 100% di inabilità lavorativa dal 1° dicembre 2023 all'8 aprile 2024. Il Servizio Medico Regionale ha inoltre osservato che il dolore retrosternale tipico lamentato dal ricorrente in quel periodo non ha dato luogo a un'immediata consultazione cardiologica, visto che la cardioTAC è stata eseguita oltre un mese e mezzo dopo l'insorgenza di questo dolore, a riprova che i disturbi accusati dall'assicurato non erano di particolare importanza, come d'altronde si sono rivelati dopo la cardioTAC effettuata il 24 aprile 2024. Questo esame ha in effetti confermato una stenosi del 50-70%, rimasta quindi invariata dall'evento del 2017 e, soprattutto, come evidenziato dall'SMR nelle annotazioni del 27 maggio 2024, non meritevole di trattamenti invasivi, ma solo di terapia

medica. Per i disturbi al cuore, quindi, non era giustificata alcuna inabilità lavorativa, come d'altronde già più volte sottolineato dal dr. med. _____, ma soltanto era richiesto al ricorrente di esercitare un'attività lucrativa in cui non doveva alzare carichi pesanti. Queste sono le medesime raccomandazioni del neurochirurgo dr. _____, anche se quest'ultimo ha certificato, per tale aspetto, un'inabilità lavorativa del 50% che, a giusta ragione, il Servizio Medico Regionale ha considerato valida soltanto per l'attività abituale, più pesante, e non anche per delle attività adeguate, leggere, per le quali la capacità lavorativa era del 100% per motivi somatici, ma era poi ridotta al 75% per disturbi psichici. Il TCA fa dunque proprie le osservazioni della dr.ssa _____ del 2 e del 27 maggio 2024, in cui nelle sue annotazioni essa ha ben elencato i motivi (sette e poi otto) per cui anche i referti prodotti dal ricorrente pendente causa non sono atti a mettere in dubbio e a invalidare le chiare conclusioni peritali in ambito somatico rispettivamente le sue valutazioni espresse nel rapporto finale dell'8 agosto 2023 dopo avere analizzato l'intera documentazione medica prodotta dall'assicurato nella procedura amministrativa. 2.10. Sulla scorta delle considerazioni esposte, i referti medici agli atti sono pertanto sufficientemente dettagliati per l'evasione della causa e quindi per definire lo stato di salute del ricorrente e la sua capacità residua nell'espletamento di un'attività lucrativa, ai quali ci si deve pertanto attenere, senza che sia necessario procedere a degli approfondimenti e fare erigere una perizia, neppure a livello giudiziario, così come da esso richiesto in ambito cardiologico, ortopedico e psichiatrico (doc. VIII), ritenendo la situazione già chiarita da specialisti in materia. In tale contesto, va qui ricordato che, quando 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. Kōlz/Häner , *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi , *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Occorre ancora rilevare che nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al considerando 4.1 l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." Visto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dal ricorrente in questa sede è suscettibile di mettere in dubbio le convincenti conclusioni del medico psichiatra consulente nominato dall'Ufficio AI, che ha reso un chiaro rapporto peritale dettagliato e completo, come pure un complemento peritale, tutti avallati dal Servizio Medico Regionale per mano di un medico anch'esso specialista in psichiatria e psicoterapia SMR (dr. _____), a cui va dunque senza alcun dubbio prestata integrale adesione. Anche i rapporti dei curanti in ambito somatico sono stati ben analizzati dall'SMR (dr.ssa med. _____), la quale li ha puntualmente valutati e li ha (in parte) posti alla base della definizione dei gradi di inabilità lavorativa dell'insorgente. Prova ne è che delle limitazioni funzionali stabilite dal cardiologo (di carico) e dal neurochirurgo (di carico e di postura il dr. _____ nel 2023, mentre il collega dr. _____ nel 2021 non aveva ritenuto particolarmente algica la rotazione, l'inclinazione e la flessione-estensione del tronco) ne ha tenuto conto il medico SMR che, nel

rapporto finale dell'8 agosto 2023, ha giudicato il ricorrente dall'11 ottobre 2021 in poi inabile al lavoro al 50% come titolare di un negozio di piadineria, mentre in attività adeguate, in cui il carico massimo era di 10 kg e la posizione era alternata al bisogno, abile al 100% (la limitazione del 25% era solo dal profilo psichico). Per il periodo precedente, basandosi sui vari referti dei medici curanti (dr. _____, dr. _____, dr. _____), in forza dei quali nel maggio 2019 l'assicurato ha indicato i suoi gradi di inabilità lavorativa nella domanda di prestazioni, il Servizio Medico Regionale l'ha ritenuto totalmente inabile dal 5 marzo al 5 luglio 2017, al 50% dal 6 luglio al 9 settembre 2017, al 100% dal 10 settembre al 31 dicembre 2017, dal 1° gennaio 2018 al 31 marzo 2021 al 50% e dal 1° aprile al 10 ottobre 2021 al 100%. Riconosciuto quindi il valore invalidante dei disturbi psichici sulla capacità lavorativa, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente. 2.11. Per quanto riguarda le conseguenze economiche del danno alla salute, e quindi la determinazione del grado di invalidità, l'Ufficio AI ha incaricato il Servizio d'inchiesta di effettuare un'indagine e fornire una valutazione dell'attività professionale indipendente svolta dal ricorrente (doc. 49). L'accertamento è stato svolto il 20 ottobre 2020 (doc. 50) sulla base dei documenti a disposizione in quel momento. L'incaricato ha allestito un rapporto in cui ha illustrato la situazione economica dell'assicurato quale titolare di una società individuale attiva nell'ambito della ristorazione [piadineria]), rifacendosi in particolare a quanto esposto nello scritto 26 agosto 2019 dell'assicurato in cui questi riassume la sua situazione lavorativa. L'ispettore ha poi analizzato la situazione aziendale esponendo l'evoluzione dei redditi dell'impresa dal 2014 al 2018, anni in cui la piadineria è rimasta aperta. In sostanza l'avvio dell'attività risale all'aprile 2014 (qui durante l'anno), la cessione è successiva al danno alla salute e risale al 2018 (la cessione fa seguito a un periodo di lavoro dell'assicurato come dipendente nel corso del 2018 ed è avvenuta per un importo di Fr. 35'000). Per definire il reddito senza invalidità, l'ispettore ritiene, nel suo rapporto, il dato del reddito conseguito nel 2016, ossia l'anno precedente quello in cui si è avverato il danno alla salute, e dunque l'importo di Fr. 13'700 desunto dal conto individuale del ricorrente, dato da aggiornare. L'amministrazione ha quindi eseguito il calcolo della perdita di guadagno (doc. 51 del 21 ottobre 2020) applicando il metodo ordinario, mettendo cioè a confronto il reddito conseguito dall'assicurato prima e dopo l'insorgere del danno alla salute. Quale reddito da valido l'UAI ha quindi fissato l'importo di Fr. 13'700 sulla scorta del rapporto dell'ispettore incaricato. Lo ha aggiornato al 2019 fissandolo in Fr. 13'947,09 e l'ha raffrontato al reddito statistico conseguibile in attività semplici di tipo fisico e manuale aggiornato al 2019, che ha cifrato in Fr. 68'361,39, stante una piena capacità lavorativa ritenuta in capo all'assicurato in attività adeguate, valore poi ridotto del 10% (1% per attività leggere e 9% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari) e definitivamente stabilito in Fr. 61'525,25. Dal confronto fra il reddito da valido e da invalido è risultato un grado di invalidità dello 0%. Dopo lo svolgimento della perizia psichiatrica ed alla luce del suo esito, il Servizio Medico Regionale ha, come indicato in precedenza, modificato il suo rapporto finale, considerando, l'8 agosto 2023, che la capacità lavorativa in attività adeguate era ridotta del 25% a contare dal 1° marzo 2017. Sulla scorta di tale nuova valutazione, il 7 dicembre 2023 (doc. 144 e 145) l'UAI ha ricalcolato la perdita di guadagno dell'interessato (applicando una deduzione del 25% al reddito statistico da invalido) e considerando, come prima, una riduzione del medesimo valore (del 10%) per motivi personali. In base al nuovo calcolo è scaturito nuovamente un grado di invalidità nullo. Il nuovo calcolo è stato posto alla base della decisione del 23 gennaio 2024, qui

impugnata, con cui sono state rifiutate prestazioni in favore del ricorrente. L'insorgente ha criticato la motivazione data dall'ispettore per giustificare gli importi di Fr. 13'947 e di Fr. 14'064,35 ritenuti quale reddito da valido nel 2019 e nel 2020, chiedendo invece che si tenesse conto degli importi che egli ha conseguito nel corso degli anni in cui ha svolto attività dipendente, con il necessario aggiornamento al 2020. In base al calcolo eseguito dal ricorrente si giungerebbe così ad un reddito da valido di Fr. 61'200 che, rapportato al reddito da invalido di Fr. 68'953,09 per attività semplici e ripetitive, considerata una incapacità lavorativa al 50% (secondo il ricorrente), e dedotto il 20% per svantaggi salariali (sempre secondo le valutazioni dell'assicurato), causerebbe una perdita di guadagno di Fr. 41'371,85, per un diritto a una rendita di tre quarti (grado AI del 60%).

2.12. In sede amministrativa _____, che ha inizialmente rappresentato l'assicurato, ha contestato il valore del reddito senza invalidità così come definito in sede d'inchiesta (doc. 63 del 25 settembre 2021) rilevando come l'assicurato abbia " avviato l'attività indipendente nel 2014 e quindi solo poco tempo prima del subentrare del danno alla salute. È noto che una nuova attività richiede circa 3-5 anni prima che possa considerarsi avviata e generare guadagni sufficienti. È quindi evidente che, se l'attività dell'assicurato non avesse iniziato a fruttare nel breve periodo in modo sufficiente, permettendogli il suo sostentamento, lo stesso avrebbe dovuto abbandonarla e cercare una collocazione in qualità di dipendente in qualsivoglia campo lavorativo (in passato aveva lavorato infatti sia in acciaieria sia nella ristorazione), dove avrebbe potuto percepire un reddito medio statistico. Il confronto dei redditi va pertanto allestito (per quanto attiene il reddito da valido) sul reddito statistico generale ". In merito, il 12 settembre 2022 (doc. 106), l'ispettore ha preso posizione come segue: " (...) Nel caso specifico viene contestato il reddito senza invalidità definito in sede d'inchiesta. Facciamo presente che una persona che intraprende un'attività indipendente ha deciso di assumersi anche un rischio imprenditoriale che presuppone anche un andamento non del tutto positivo dell'attività, cosa che esula dal danno alla salute dell'assicurato. Il sig. RI 1 ha intrapreso tale attività nel 2014, e tale attività era situata in una zona di grande traffico e di grande passaggio su una delle arterie principali della città di _____. Il danno alla salute è subentrato nel corso del 2017 quindi abbiamo a disposizione più di due anni dopo l'apertura del negozio. In un lasso di tempo così ampio riteniamo corretto aver considerato il reddito effettivo conseguito dall'assicurato nell'ultimo anno precedente il subentrare del danno alla salute. Riteniamo che il tempo trascorso dall'apertura sia sufficiente per ritenere l'attività ben avviata. Non possiamo ritenere corretto quanto asserito dal rappresentante legale che considera un lasso di tempo tra i 3 e i 5 anni per definire avviata un'attività in quanto non supportato da alcun dato oggettivo. Inoltre nella valutazione è stato considerato appunto l'ultimo anno disponibile prima del subentrare del danno alla salute e aggiornato secondo le tabelle UFAS. Confermiamo quindi il reddito rappresentativo dell'attività svolta dall'assicurato prima del subentrare del danno alla salute, quanto definito in sede di rapporto d'inchiesta." La contestazione di _____ è stata, nella sostanza, ribadita con il ricorso siccome l'avv. RA 1 ha contestato il valore del reddito da valido ritenuto dall'amministrazione nel suo calcolo. Occorre allora verificare la correttezza del parametro ritenuto, ossia se l'UAI, sulla scorta delle indicazioni dell'ispettore incaricato, doveva effettivamente ritenere il reddito da attività indipendente conseguito dal ricorrente (secondo il conto individuale) nel breve lasso temporale in cui ha gestito la sua piadineria.

2.13. Come emerge dalla recente STF del 27 settembre 2023 (9C_445/2022 consid. 4.2.1), il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido) non è il guadagno nell'ultima attività esercitata,

ma il reddito che otterrebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse divenuta invalida. Di regola, ci si fonderà sull'ultimo reddito conseguito prima del danno alla salute, adeguandolo all'evoluzione dei salari, in quanto esso è in linea di principio il punto di riferimento, in base all'esperienza comune, per cui l'attività svolta fino a quel momento sarebbe proseguita. Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante (DTF 144 I 103 consid. 5.3). Se la perdita del lavoro è dovuta a motivi non legati all'invalidità il valore del salario da valido va determinato sulla base dei valori statistici (sentenza 8C_561/2022 del 4 agosto 2023 consid. 5.3.1 con riferimenti) . Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute dunque, occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato nel modo più concreto possibile (STF 8C_234/2022 del 27 gennaio 2023, consid. 6.1) . In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia, gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere reali (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Se la perdita del lavoro è dovuta a motivi non legati all'invalidità, il valore del salario da valido va determinato sulla base dei valori statistici (STF 8C_561/2022 del 4 agosto 2023, consid. 5.3.1). Come ricordato nella STF 9C_104/2022 del 7 settembre 2022, al consid. 4, nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, in circostanze particolari ci si può scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dalla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_151/2020 del 5 maggio 2020, consid. 6.1), come nel recente caso ticinese giudicato dall'Alta Corte (STF 9C_445/2022 del 27 settembre 2023). 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; N. 3030 CIGI [Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI)], valida dal 1° gennaio 2015, stato al 1° gennaio 2021 e N. 3321 CIRAI [Circolare sull'invalidità e sulla rendita

nell'assicurazione per l'invalidità], valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2024). 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; Valterio , Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pag. 206; Peter , Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65; N. 3031 CIGI e N. 3322 CIRAI; cfr. al riguardo anche STCA 32.2022.70 del 6 marzo 2023, consid. 2.7.3; 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) e deve determinare la situazione reddituale sulla base di documenti relativi ai contributi (in particolare le comunicazioni fiscali alla cassa di compensazione) e, se necessario, procedendo a 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, di per sé, idonei a determinare il guadagno reale (STF 8C_9/2009 del 10 novembre 2009, consid. 3.4 e seg.; N. 3032 CIGI e N. 3323 CIRAI). 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, ad esempio, delle elevate quote di ammortamento sui nuovi investimenti (STF 9C_148/2016 del 2 novembre 2016, consid. 1.1; DTF 135 V 58). In assenza di dati affidabili ed in queste costellazioni è giustificata la necessità di determinare il reddito senza invalidità in base a dati statistici (N. 3324 CIRAI). Questi principi relativi alla determinazione del reddito di un lavoratore indipendente sono stati ricordati ancora nella STF 8C_98/2023 del 10 agosto 2023 in ambito di assicurazione contro gli infortuni, in cui il ricorrente sosteneva di essere considerato un lavoratore indipendente secondo la LAINF, motivo per cui il reddito registrato nel conto individuale era il criterio principale, perciò a causa delle fluttuazioni del reddito era determinante il guadagno medio su un periodo di tempo più lungo. Dal 2000 egli ha percepito un reddito medio di 143'328,55 franchi all'anno e questo dato doveva, a suo dire, essere considerato per la determinazione del reddito da valido (cfr. consid. 5.2.1). Al considerando 5.2.3 il TF ha ritenuto: " 5.2.3. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil 9C_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im IK bestimmt werden. Weist das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den

während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2021 UV Nr. 26 S. 123, 8C_581/2020 E. 6.1; Urteile 9C_311/2022 vom 18. April 2023 E. 3.2; 9C_341/2022 vom 8. November 2022 E. 4.3; 8C_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 4.3.3). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst jedoch nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei Selbstständigerwerbenden zu, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Gleiches ist anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheits-beeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind (BGE 135 V 58 E. 3.4.6; Urteile 9C_651/2019 vom 18. Februar 2020 E. 6.2; 9C_771/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.6.1; 9C_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.2.2; je mit Hinweisen; ferner CHRISTOPH FREY/NATHALIE LANG, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 44 f. zu Art. 16 ATSG).". Questa giurisprudenza è stata confermata nella recente STF 8C_284/2023 del 28 febbraio 2024 - oltre che nella STF 8C_369/2023 del 20 ottobre 2023, pubblicata in SVR 2023 UV Nr. 52: " 3.3.1. Das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im Individuellen Konto (IK) bestimmt werden (SVR 2017 IV Nr. 6 S. 15, 9C_644/2015 E. 4.6.2; Urteil 8C_738/2021 vom 8. Februar 2023 E. 3.4.2.2 mit Hinweisen). Weist das zuletzt erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2021 UV Nr. 26 S. 123, 8C_581/2020 E. 6.1; Urteil 8C_396/2022 vom 21. April 2023 E. 3.2.2 mit Hinweis). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst jedoch nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Dies ist etwa anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind (BGE 135 V 58 E. 3.4.6; Urteile 8C_98/2023 vom 10. August 2023 E. 5.2.3; 9C_651/2019 vom 18. Februar 2020 E. 6.2; 9C_771/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.6.1; 9C_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.2.2; je mit Hinweisen)". In quel caso, a un medico dentista indipendente, che aveva contestato il reddito da valido ritenuto dal Tribunale cantonale sulla base della media degli ultimi cinque anni prima dell'insorgere del danno alla salute ricavati dal suo conto individuale, a motivo che nel 2011 egli non aveva lavorato durante quattro mesi e mezzo per il cambiamento di ubicazione del suo studio e quindi i redditi di quell'anno sfalsavano il suo fatturato, l'Alta Corte ha risposto al considerando 6.3 che: " Das Vorbringen des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. Wie er geltend macht, ist nach der Rechtsprechung zu berücksichtigen, dass eine vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung nur kurz ausgeübte selbstständige Erwerbstätigkeit allenfalls keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Validen Einkommens bildet (vgl. vorne E. 3.3.1). Hingegen legte bereits die Vorinstanz überzeugend dar, dass im Zusammenhang mit

der Übernahme der langjährig bestehenden Praxis in U. nicht vom Aufbau einer selbstständigen Erwerbstätigkeit in diesem Sinne gesprochen werden kann. Weshalb dieser Umzug bei der Bemessung des Validen Einkommens ausgeklammert werden soll, ist nicht ersichtlich, zumal er mit Blick auf seine regelmässigen Ortswechsel im Rahmen der selbstständigen zahnärztlichen Tätigkeit (1998 bis 2006 in W.; 2006 bis 2008 auf X.; 2008 bis Ende März 2011 in V.) auch kein singuläres Ereignis darstellt. ". Il Tribunale federale ha quindi ritenuto conforme al diritto federale, il fatto che il Tribunale di primo grado abbia utilizzato la media dei guadagni per gli anni dal 2011 al 2015 come base per il calcolo del reddito da valido. L'Alta Corte ha dunque, implicitamente, ritenuto un lasso temporale di 5 anni affidabile per la determinazione del reddito da valido (media), anche a fronte di un periodo di sospensione dell'attività lavorativa. 2.14. In concreto l'assicurato ha avviato nell'aprile 2014 un'attività indipendente aprendo una piadineria, lungo una via di _____ frequentata. L'infarto che lo ha colpito a marzo 2017 ha compromesso la prosecuzione di tale attività che, nel primo anno, non ha dato reddito (nessuna iscrizione nel conto individuale), mentre nei due anni successivi ha dato redditi di poco superiori a CHF 1'000 mensili di media. Come indicato l'assicurato ha dovuto chiudere la sua attività visto come i problemi di salute che ne sono derivati gli hanno impedito di dedicarsi nuovamente al 100% al suo lavoro in proprio. Se non si fosse ammalato, secondo il suo dire, egli avrebbe probabilmente continuato la sua attività, in cui ha investito molto tempo, denaro e passione: " (...) ha avviato nel 2014 una ditta individuale a _____, attraverso con un contributo economico di un amico. Preparava e vendeva prodotti, quali pasta fresca e piadine. Afferma che il primo anno e mezzo è stato sostanzialmente in pareggio. Cominciava ad avviarsi per cui anche la compagna, che nel frattempo lavorava al 50% nella ristorazione, si era licenziata per dargli una mano. Dopo l'infarto del miocardio e la lunga assenza, l'assicurato ha dovuto svendere questa attività (...)" (doc. 131 pag. 21). Indubbiamente l'esercizio della piadineria era ai suoi inizi quando il danno alla salute è subentrato. Come emerge dagli atti (doc. 106), nel periodo di gestione d'interesse - dall'aprile 2014 al marzo 2017 (neppure di tre anni) - il ricorrente ha conseguito un reddito assai ridotto che, per sua stessa affermazione, non gli permetteva di vivere in modo indipendente. Il ricorrente ha contestato, come detto, il fatto che l'UAI abbia ritenuto quei redditi per determinare il suo reddito da valido indicando come tale attività, in quelle condizioni, avrebbe dovuto essere chiusa siccome non redditizia (doc. I punto 28 pag. 16). L'ispettore incaricato del caso ha ritenuto che il reddito da indipendente rilevato nel periodo d'interesse (ossia Fr. 13'477, Fr. 12'600 e Fr. 13'700) fosse il riflesso del rischio imprenditoriale che l'assicurato si era assunto aprendo la sua attività, ovvero del rischio che gli affari potessero non andare bene (doc. 106). Per tornare alla determinazione del reddito da valido, va ricordato che la giurisprudenza federale consente, anche nel caso di persone che hanno esercitato attività lucrativa prima del danno alla salute, di non ritenere l'ultimo reddito percepito prima dell'incapacità lavorativa. Ciò, in particolare, nel caso di indipendenti, se si può presumere, con verosimiglianza preponderante, sulla base delle circostanze, che la persona assicurata avrebbe abbandonato l'attività indipendente non redditizia per intraprendere un'altra attività meglio retribuita. Lo stesso si può ritenere nel caso in cui l'attività indipendente esercitata prima del danno alla salute non costituisca una base sufficiente per determinare il reddito da valido a causa della sua breve durata, soprattutto perché nei primi anni dopo l'avvio dell'attività indipendente, per vari motivi, gli utili di esercizio sono solitamente bassi (STF 8C_284/2023 del 2 febbraio 2024, consid. 3.3.1; STF 8C_98/2023 del 10 agosto 2023, consid. 5.2.3; DTF 135 V 58 consid. 3.4.6; STF

9C_651/2019 del 18 febbraio 2020 consid. 6.2; 9C_771/2017 del 29 maggio 2018 consid. 3.6.1; 9C_413/2017 del 19 settembre 2017 consid.2.2; e giurisprudenza ivi citata). Nell'evenienza concreta, siccome il danno alla salute è intervenuto nel marzo 2017, occorrerebbe considerare il reddito realizzato dall'assicurato nel 2016, ossia l'anno precedente l'insorgenza del danno. Vista la natura dell'attività svolta (indipendente con recente avvio), gli anni di esercizio sui quali basare la determinazione del reddito da valido quale indipendente (come evocato dalla giurisprudenza citata) sono due scarsi (da aprile 2014 a marzo 2016), un periodo troppo breve per potere ritenere che l'attività appena avviata si fosse assestata, visti anche gli esigui introiti conseguiti dal ricorrente che non hanno subito progressione sostanziale. Anche considerando comunque i tre (non completi) anni di attività, il risultato non muterebbe. Il ricorrente, in quei tre anni scarsi, non ha conseguito un reddito neppure sufficiente al proprio sostentamento. Ne discende che, nel caso di specie, avendo l'assicurato iniziato l'attività meno di tre anni prima dell'insorgenza del danno alla salute, ed avendo conseguito, in quel breve lasso di tempo, un reddito non tale da raggiungere il minimo vitale (si vedano le tabelle in <https://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/tabella-dei-minimi-desistenza>), la determinazione del suo reddito non può basarsi sull'ultimo reddito conseguito prima dell'inabilità lavorativa ed iscritto nel conto individuale né sulla media dei redditi precedenti l'insorgere del danno alla salute. Con verosimiglianza preponderante può qui essere ritenuto che l'attività indipendente svolta dal ricorrente non poteva essere continuata se non per breve periodo, la stessa non ha mostrato un incremento dei redditi da anno in anno se non in misura minima, troppo scarsa per potere ritenere che l'esercizio potesse procurare un reddito minimo sufficiente alla vita. Il reddito da valido va quindi determinato in base ai dati statistici come prevede il N. 3324 CIRAI (Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità, valida dal 1° gennaio 2022, Stato: 1° gennaio 2024) in luogo del principio secondo cui determinante è il reddito dell'anno precedente il danno alla salute, quindi il 2016, come ha ritenuto l'ispettore dell'Ufficio assicurazione invalidità che si è basato sul conto individuale, rispettivamente la media degli ultimi anni (STF 8C_284/2023 del 28 febbraio 2024 citata in precedenza) siccome qui il periodo troppo breve e certamente non significativo trattandosi di attività da poco iniziata ed il reddito tale che avrebbe indotto alla chiusura dell'attività in tempi brevi. 2.15. La tesi del ricorrente secondo cui, al fine di determinare il suo reddito da valido, occorrerebbe fare riferimento ai redditi conseguiti dalla sua attività di dipendente che ha preceduto nel tempo lo svolgimento dell'attività di indipendente, non può essere seguita (punto 31 doc. I). Non è possibile fare capo a una media dei redditi conseguiti come dipendente negli anni ormai molto lontani, siccome possibilità non contemplata dalla citata giurisprudenza ed il risultato non costituirebbe un reddito affidabile da applicarsi in concreto. Nemmeno si può perciò dar seguito al calcolo del grado di invalidità esposto al punto 32, che giunge a un 60% già solo per l'importo dei redditi ritenuti. Come indicato la giurisprudenza, da un lato, e le CIRAI, dall'altro, impongono di ritenere il dato che scaturisce dalla Tabella RSS, come sarà specificato qui di seguito. 2.16. Come indicato occorre fare riferimento ai dati statistici della tabella TA1 della RSS, e segnatamente al salario mensile lordo (valore centrale) per il ramo specifico economico nel settore privato, in concreto il 55-56 (servizi di alloggio e di ristorazione, livello di competenza 1, uomini), essendo il ricorrente da ultimo attivo in una piadineria. Per quanto attiene all'uso dei dati statistici, come ha ricordato il Tribunale federale al considerando 4.3 della citata STF 9C_445/2022 del 27 settembre 2023, vanno vagliati i dati più recenti pubblicati al momento della decisione (in casu il 23 gennaio 2024)

in relazione alla situazione della decorrenza della rendita (DTF 143 V 295 consid. 2.3). Nel caso in rassegna vanno perciò utilizzati i dati di cui alla tabella TA1 della RSS 2020, in quanto sono stati pubblicati il 23 agosto 2022 e quindi disponibili già al momento in cui l'amministrazione si è pronunciata. Questa tabella va però utilizzata soltanto per stabilire il reddito per l'anno 2020, mentre per l'anno 2019 fa ancora stato la tabella TA1 2018, i cui dati vanno poi aggiornati al 2019. Non è dunque corretto fare capo ai dati della RSS 2018 per determinare il reddito (da invalido) per il 2020. Per l'anno 2019 il reddito da valido va quindi stabilito ritenendo un salario mensile lordo di Fr. 4'121.- nel 2018 nella categoria dei servizi di alloggio e di ristorazione (ramo economico 55-56), livello di competenza 1 (attività semplici di tipo fisico e manuale), settore maschile, tabella TA1 2018. Riportato sull'anno (Fr. 49'452), va aggiornato al 2019 (- 0,7%) e adattato a un orario medio di lavoro settimanale di 42,3 ore per quell'anno nella categoria specifica della ristorazione. Si ottiene un reddito da valido di Fr. 51'929,42 (ovvero: $[Fr. 49'452 - 0,7\%] : 40 \times 42,3$). Il reddito da valido annuale per il 2020 ammonta a Fr. 48'468.-, ottenuto considerando un salario mensile lordo di Fr. 4'039.- per il ramo economico 55-56, il livello di competenza 1 e il settore maschile secondo la RSS 2020. Stante l'orario medio di lavoro settimanale di 42,4 ore nel 2020 per la ristorazione, si ottiene un reddito da valido di Fr. 51'376,08 ($Fr. 48'468 : 40 \times 42,4$). Occorre dunque paragonare, per l'anno 2019, il reddito da valido di Fr. 51'929,42 al reddito statistico mediano da invalido per attività semplici di tipo fisico o manuale, sempre livello di competenza 1, uomini, TA1 2018, aggiornato al 2019 ($[Fr. 5'417 \times 12 : 40 \times 41,7] : 105,1 \times 106 = Fr. 68'346,97$), preso al 75% stante la capacità lavorativa residua ridotta del 25% per problemi psichici (Fr. 51'260,23), ritenuta poi la riduzione del 10% (doc. 144) per attività leggere (5%) e per svantaggi salariali (5%) applicata dall'amministrazione - deduzione generosa, siccome la prima non più applicabile secondo la recente giurisprudenza (STF 8C_234/2022 del 27 gennaio 2023, consid. 7.3: " Occorre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse, non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali. Il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni." La perdita di guadagno del ricorrente è dell'11,16% ($[Fr. 51'929,42 - Fr. 46'134,20] : Fr. 51'929,42 \times 100$), arrotondata all'11%. Per l'anno 2020 si ha un reddito da valido di Fr. 51'376,08, che va paragonato a un reddito da invalido di Fr. 65'815,11 ($Fr. 5'261 \times 12 : 40 \times 41,7$) stante l'utilizzo della Tabella TA1 RSS 2020 in luogo della RSS 2018 (Fr. 68'953,09) a cui ha fatto capo l'Ufficio AI. Ritenuta poi una capacità lavorativa residua del 75% e una deduzione, sempre del 10%, si ottiene un grado di invalidità del 13,53% ($Fr. 51'376,08 - Fr. 44'425,20] : Fr. 51'376,08 \times 100$), arrotondato al 13%. Quand'anche si applicasse, per pura ipotesi di lavoro, la deduzione sociale del 20% invocata dall'insorgente per svantaggi salariali, il risultato a cui si giungerebbe non muterebbe, essendo sempre il grado di invalidità inferiore al grado minimo pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI). 2.17. Da quanto precede discende che deve essere respinta la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di accordargli una rendita di invalidità di tre quarti (grado AI 60%) dal 1° novembre 2019 e dal 1° febbraio 2022. Anche applicando parametri di calcolo diversi (fondati sui dati statistici della tabella TA1 della RSS, non potendosi ritenere il salario medio da dipendente conseguito dal ricorrente anni prima del danno alla salute) rispetto a quelli adottati dall'UAI (reddito percepito nell'anno

precedente il danno alla salute), il grado d'invalidità calcolato non è pensionabile. La decisione dell'Ufficio AI di attribuzione di una rendita intera temporanea dal 1° aprile 2021 al 31 gennaio 2022 deve invece essere integralmente confermata. 2.18. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente, fermo restando la concessione dell'assistenza giudiziaria.

2.19. Con il ricorso l'assicurato ha infatti postulato l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I), producendo la documentazione a comprova della sua indigenza (doc. A6). Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF

122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, lo stato d'indigenza del ricorrente, a carico della pubblica assistenza per certo dal 1° gennaio 2023, è documentato dal Certificato municipale e dalle decisioni emesse nel 2023 dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, avendo conseguito un modesto reddito da lavoro (doc. A6). Ritenuto, inoltre, come il ricorso non appariva, ad un sommario esame iniziale, del tutto privo di possibilità di esito sfavorevole (STF 9C_148/2021 del 25 ottobre 2021, consid. 5) , la domanda di assistenza giudiziaria (esonero dal pagamento delle spese di procedura e gratuito patrocinio) merita accoglimento, riservato l'obbligo di rimborso delle spese, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (DTF 124 V 309, DTF 122 I 5; art. 6 Lag).

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