

TI_GERICHTE 32.2024.46 vom 14. März 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-03-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.46

FR: TI_GERICHTE 32.2024.46 du 14 mars 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.46 del 14 marzo 2024

Regeste

Richiesta di una rendita AI respinta. Conferma dell'esito della perizia pluridisciplinare allestita in sede amministrativa. Calcolo del grado d'invalidità. Anche con riduzione massima del 25% dal salario statistico da invalido non avrebbe diritto ad una rendita

Erwägungen

E. 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 2022. 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, al momento della presentazione della domanda l'assicurato non beneficiava di una rendita AI. Nel corso del mese di giugno 2022 l'interessato ha inoltrato una domanda di prestazioni dell'AI, in seguito alla quale è stata esperita una perizia da cui è emerso che dal 23 giugno 2022 l'interessato è inabile al lavoro nella precedente attività di imbianchino al 75% e completamente abile in attività adatte. Ragione per cui l'eventuale diritto alla rendita sarebbe sorto dopo il 1° gennaio 2022 (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il nuovo diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. nel merito 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 della 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, secondo questa definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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 secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è dunque di carattere giuridico economico e 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%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.3. Nel caso di specie, alla luce della documentazione medica agli atti, l'Ufficio AI ha fatto allestire ad opera del _____ una perizia pluridisciplinare (internistica: dr.ssa med. _____; psichiatrica: dr.ssa med. _____; reumatologica: dr. med. _____; neurologica: dr. med. _____; test psicodiagnostici: signor _____), redatta il 31 ottobre 2023. I periti hanno posto le diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica bilaterale, in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (osteocondrosi Modic I multisegmentali tra C3 e C7, canale spinale ristretto C3-C4 e C6-C7), alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (discopatie L2-L5), anomalia di transizione lombo-sacrale con lombarizzazione della vertebra S1 e spina bifida: attrito coxofemorale bilaterale prevalente a destra (pag. 415 incarto AI). Circa la valutazione della coerenza e della plausibilità, i sanitari hanno affermato che durante “ Dal punto di vista reumatologico i disturbi accusati dall’A., i deficit funzionali riferiti ed in parte riscontrati durante l’esame clinico peritale funzionale, si

spiegano in parte con le alterazioni strutturali finora documentate tuttavia il Dr. med. _____ sottolinea che l'A. non assume farmaci analgesici e non si sottopone ad un trattamento fisioterapico per le patologie muscolocheletriche recepite come invalidanti. Per quanto concerne l'ambito neurologico, il nostro consulente riscontra una discrepanza fra i dolori lamentati e l'assenza di deficit neurologici e limitazioni funzionali a livello del rachide, sia cervicale, che lombo-sacrale. Tuttavia non rileva nessun segno in tutti i casi di aggravazione o simulazione, l'A. sembra ben fissato nel suo stato di invalido. Per quel che concerne l'aspetto psichiatrico è da notare che l'A. non ha riportato limitazioni nello svolgimento delle attività negli ambiti della vita normale, non vi sono attualmente terapie prescritte in ambito psichiatrico, non esprime sofferenza per quanto riguarda la problematica psichica e non vi sono agli atti rapporti che evidenzino elementi psicopatologici degni di nota ” (pag. 414-415 incarto AI). Gli specialisti hanno stabilito che l'assicurato “ presenta una capacità lavorativa del 100% per qualunque attività per le diagnosi in ambito neurologico, psichiatrico e internistico; mentre dal lato reumatologico viene giudicato abile nella misura del 25% nell'attività svolta di imbianchino e del 75% nell'attività da ultimo svolta di venditore. Capacità lavorativa piena, invece, in attività adatta. (...) In un'attività adatta, viene giudicato abile in misura piena, per qualunque attività ” (pag. 417 incarto AI), con le limitazioni ivi descritte. Il 6 novembre 2023 il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato l'esito della perizia ed ha stabilito che l'insorgente dal 23 giugno 2022 è inabile al lavoro al 75% nella precedente attività di imbianchino e abile al 100% in attività adeguate e confacenti al suo stato di salute (pag. 504 incarto AI). Il 1° febbraio 2024 il consulente AI ha accertato che le esperienze lavorative maturate hanno consentito al ricorrente di acquisire delle competenze professionali che andrebbero riaggiornate se l'assicurato fosse motivato a riprendere un'attività lavorativa. “ Non si rende necessaria una formazione poiché l'assicurato potrebbe riprendere l'attività di venditore o svolgere un'altra attività di tipo leggero, con la possibilità di alternare la posizione e non assumere posizioni inergonomiche. Nel mercato del lavoro ci sono numerose attività alle quali l'A. potrebbe accedere e che non richiedono competenze particolari, ad es. in ambito industriale o come consulente ai clienti, ricezionista e aiuto amministrativo in un ambito affine a quelli in cui ha maturato delle esperienze professionali. In riferimento a quanto sopra non sono proposti provvedimenti professionali che non permetterebbero una maggiore reintegrazione professionale dell'A. Se richiesto il sostegno da parte dell'AI potrebbe essere offerto sottoforma di collocamento in modo da poter agevolare il reinserimento professionale dell'A. con un sostegno iniziale ” (pag. 506-507 incarto AI). Dopo l'emissione della decisione formale qui impugnata del 14 marzo 2024, con la quale l'amministrazione ha rifiutato il versamento di prestazioni, il 23 aprile 2024 il medico curante, dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia, medicina generale interna, ha trasmesso un certificato medico all'Ufficio AI, rilevando di aver sottoposto l'assicurato ad una nuova RM della colonna vertebrale; “ dai referti si constata un aggravamento dello stato di salute del paziente. Per questo motivo si richiede una rivalutazione del caso ” (pag. 533 incarto AI). Nella RM del 28 febbraio 2024 della dr.ssa med. _____, del _____, figura: " (...) Si riconosce notevole ispessimento e tumefazione delle radici della cauda che appaiono fuse tra di loro con focali alterazioni di segnale iperintense in T2 all'altezza L3 e L5. Il quadro non è univoca interpretazione: L'ipotesi più probabile è che si tratti di aracnoidite in esiti tuttavia è meritevole di approfondimento clinico specialistico e follow-up a distanza di un mese con risonanza magnetica del rachide lombosacrale eseguita anche dopo mezzo di contrasto.

Conclusioni nel tratto cervicale quadro artrosico importante con stenosi canalare e foraminale; a livello C6-C7 ernia discale per intraforaminale sinistra Protrusioni e discopatie ai restanti spazi intersomatici studiati Nel tratto lombosacrale quadro artrosico con riduzione in ampiezza dei forami di coniugazione artropatia faccetta aria nel tratto L3 S1 con fluido iperintenso intrarticolare. A carico di L2-L3 ernia discale intraforaminale sinistra. A livello L4-L5 ernia discale mediana posteriore Protrusioni discali ai restanti spazi intersomatici studiati Sospetto quadro di aracnoidite delle radici della cauda: utile inquadramento clinico specialistico e follow-up a distanza di un mese con risonanza magnetica lombosacrale senza e con contrasto” (pag. 537 incarto AI) Chiamati ad esprimersi in merito, i periti del _____ si sono riconfermati nelle loro conclusioni (pag. 543-545 incarto AI). Il 30 aprile 2024 il dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, ha affermato: " (...) Prendendo atto del referto radiologico del 28.2.2024, mettendolo a confronto con l'esito della risonanza magnetica della colonna cervicale e della colonna lombare del 3.6.2022, si evince che non vi sono stati sostanziali cambiamenti strutturali muscoloscheletrici. Per quanto riguarda il sospetto di quadro di aracnoidite delle radici della cauda, vi prego di sottoporre l'esito allo specialista in neurologia coinvolto nella valutazione peritale; bisognerà inoltre chiedere al medico curante il risultato dell'inquadramento clinico specialistico e follow-up, a distanza di 1 mese, con risonanza magnetica lombosacrale senza e con mezzo di contrasto suggerito dalla radiologia il 28.2.2024; l'esito dovrebbe essere ora disponibile. In sintesi, la documentazione medica prodotta sovramenzionata, non mi permette di giungere ad una differente valutazione delle risorse fisiche dell'assicurato e quindi della sua capacità lavorativa” (pag. 548-549 incarto AI) Il 3 maggio 2024 il dr. med. _____, specialista in neurologia, ha affermato: " (...) Ho ricevuto in visione il certificato medico del Dottor Med. _____ del 23.04.2024, concernente l'A. summenzionato, che in seguito ad un nuovo esame RMI del rachide in toto, sia a livello cervicale, che dorsale e lombo-sacrale parla di un "aggravamento" dello stato di salute dell'A. senza specificare nulla di clinico. La descrizione della MRI del rachide in toto in rapporto a quella eseguita nel 2022 alla Clinica _____, firmata dal Dott. Med. _____ (esame del 03.06.2022), non mostra nessun cambiamento fra i due rapporti a tutti i livelli. In assenza di un rapporto neurologico di sostegno, non vedo come si possa parlare di peggioramento, non ho dunque un motivo per il momento per modificare la mia valutazione del 20.06.2023.” (pag. 550 incarto AI) Il 13 maggio 2024 il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato che non vi è stato alcun peggioramento (pag. 551 incarto AI). 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su

esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Rimangono riservati i casi in cui questi evidenzino elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia e sufficientemente pertinenti per imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta (cfr. fra tante, sentenza 8C_21/2024 del 24 giugno 2024, consid. 5.2; sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 con riferimenti alle sentenze 8C_267/2023 del 17 novembre 2023 consid. 3.2; 8C_33/2023 del 12 settembre 2023 consid. 3.2). 2.5. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata del 14 marzo 2024, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia pluridisciplinare del _____ del 31 ottobre 2023 (pag. 377 e seguenti incarto AI), unitamente al complemento dell'8 maggio 2024 (pag. 543 e seguenti incarto AI), le cui

conclusioni sono state avallate dal medico SMR, dr. med. _____, il 6 novembre 2023 (pag. 502 e seguenti incarto AI) ed il 13 maggio 2024 (pag. 551 incarto AI) e che concludono per un'incapacità lavorativa del 75% nella precedente attività di imbianchino/pittore edile (e del 30% quale venditore) ed una capacità lavorativa totale in attività semplici e ripetitive con le limitazioni descritte, e ciò dal 23 giugno 2022. Il referto, allestito dopo una procedura probatoria strutturata, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a loro disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa del ricorrente sulla base delle visite effettuate presso di loro. Al referto va attribuita piena forza probante. Dal lato psichiatrico, la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha attestato una capacità lavorativa totale in qualsiasi attività e non ha rilevato alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Alle medesime conclusioni è giunta la dr.ssa med. _____, specialista in medicina interna generale, per quanto concerne l'aspetto internistico. Anche, il dr. med. _____, FMH neurologia, dopo aver visitato il ricorrente in data 14 giugno 2023, riportata l'anamnesi e descritti gli atti e l'esame obiettivo, non ha rilevato alcuna diagnosi neurologica con influenza sulla capacità lavorativa. Nel proprio consulto lo specialista ha accertato che l'insorgente, dal lato strettamente neurologico, non presenta nessuna sindrome cervico-vertebrale o lombo-vertebrale, nessun segno di sofferenza radicolare né midollare agli arti superiori, né radicolare agli arti inferiori. Il ricorrente non manifesta neppure una sindrome irritativa per i nervi mediani nei canali carpali, ma solo una possibile leggera irritazione, senza deficit, per il nervo ulnare destro nel solco cubitale, nessun problema particolare alla mano sinistra dal punto di vista neurologico, nessuna limitazione funzionale. Per contro, dal lato reumatologico il dr. med. _____, FMH reumatologia, descritti gli atti, l'anamnesi e l'esame reumatologico e neurologico cursorio, ha accertato un'incapacità lavorativa del 75% nell'attività di imbianchino e del 30% quale venditore, mentre in attività leggere e confacenti al suo stato di salute lo specialista ha stabilito che l'insorgente è completamente abile al lavoro, tenuto conto dei limiti ivi descritti. Dal consulto è emerso che l'insorgente ha sviluppato dagli anni '90 dolori lombari cronici recidivanti, successivamente irradiati con aggiunta di dolori cervicali cronici, pure irradiati su base degenerativa, da ultimo abbinati a dolori coxogeni bilaterali, a seguito dei quali attualmente non necessita di una farmacoterapia analgesica fissa e non si sottopone ad un trattamento fisioterapico riabilitativo in grado di riequilibrare e rinforzare la muscolatura. I disturbi accusati dal ricorrente e i deficit funzionali riferiti e parzialmente riscontrati durante l'esame clinico peritale funzionale, si spiegano in parte con alterazioni strutturali finora documentate. Il dr. med. _____ ha rilevato che l'insorgente non assume analgesici e non si sottopone ad un trattamento fisioterapico per le patologie muscoloscheletriche recepite come invalidanti. Il consulente ha infine posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica bilaterale, in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (osteocondrosi Modic I multisegmentali tra C3 e C7, canale spinale ristretto C3-C4 e C6-C7), alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (discopatie L2-L5), anomalia di transizione lombo-sacrale con lombarizzazione della vertebra S1 e spina bifida attrito coxofemorale bilaterale prevalente a destra. Il ricorrente, che si lamenta della presenza di problemi fisici che lo attanagliano da ormai 40 anni, con peggioramenti alle mani e alle braccia, della necessità di far capo a stampelle e si lamenta dello svolgersi delle visite

specialistiche, non ha apportato alcuna documentazione medica (oggettiva) atta a sovvertire le valutazioni peritali dei medici del _____. Del resto, con riferimento alle visite effettuate dai consulenti, va rammentato che, secondo giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza, segnatamente dall'esame clinico con la raccolta anamnestica, la presa in considerazione dei sintomi e del comportamento della persona assicurata (cfr. STF 8C_130/2023, consid. 4.4.4 = SVR 2023 IV n. 55; STF 9C_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). Anche perché, di norma una perizia basata sui soli atti ("Aktengutachten"), senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalla perizia del _____, il cui esito è stato confermato dal medico SMR, dr. med. _____. A questo proposito va rammentato che per l'art. 49 cpv. 1 OAI i servizi medici regionali (SMR) valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Secondo l'art. 49 cpv. 1 bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022 nello stabilire la capacità funzionale (art. 54a cpv. 3 LAI) va considerata e motivata la capacità al lavoro attestata a livello medico nell'attività precedentemente svolta e nelle attività adattate, tenendo conto di tutte le risorse fisiche, psichiche e mentali, nonché delle limitazioni, in termini qualitativi e quantitativi. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione.

2.6. Dopo l'emissione della decisione qui impugnata, l'insorgente, per il tramite del proprio medico curante, dr. med. _____, specialista FMH chirurgia, specialista in chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva e medicina generale interna, il 23 aprile 2024 ha fatto valere un aggravamento del suo stato di salute (doc. I), producendo una RM del rachide in toto nativo del 28 febbraio 2024 allestita dalla dr.ssa med. _____, della Clinica _____. Come rilevato sia dal perito reumatologo, dr. med. _____ (30 aprile 2024), che dal perito neurologo, dr. med. _____ (3 maggio 2024), non vi sono sostanziali cambiamenti comparando l'esito della RM del 28 febbraio 2024 con quella della colonna cervicale e della colonna lombare del 3 giugno 2022 del dr. med. _____ della Clinica _____ (pag. 336 incarto AI), già presa in considerazione dai periti del _____ (pag. 384, pag. 430 e pag. 475 incarto AI), i quali hanno del resto posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale con componente spondilogeno cronica bilaterale in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (osteocondrosi Modic I multisegmentali tra C3 e C7, canale spinale ristretto C3-C4 e C6-C7), anomala transizione lombosacrale con lombarizzazione della vertebra S1 e spina bifida. Certo, in relazione al sospetto quadro di aracnoidite delle radici della cauda e dell'indicazione di un "utile inquadramento clinico specialistico e follow-up a distanza di un mese con risonanza magnetica lombosacrale senza

e con contrasto”, il dr. med. _____ ha chiesto all’Ufficio AI di sottoporre l’esito della RM del 28 febbraio 2024 allo specialista in neurologia coinvolto nella valutazione peritale (nдр: dr. med. _____) e di chiedere al medico curante il risultato dell’inquadramento clinico specialistico e follow-up, a distanza di 1 mese, con risonanza magnetica lombosacrale senza e con mezzo di contrasto suggerito dalla radiologia il 28.2.2024. Tuttavia, da una parte va rilevato che dopo aver preso visione della RM del rachide in toto nativo il perito neurologo, dr. med. _____, ha anch’egli ritenuto che il nuovo esame non mostra alcun cambiamento rispetto a quanto accertato dalla RM del 3 giugno 2022, aggiungendo che “ in assenza di un rapporto neurologico di sostegno, non vedo come si possa parlare di peggioramento, non ho dunque un motivo per il momento per modificare la mia valutazione del 20.06.2023”. D’altra parte il medico curante, dr. med. _____, ha prodotto unicamente la RM del 28 febbraio 2024 e non ha allegato ulteriori esami, malgrado fosse trascorso oltre un mese dalla citata RM, e neppure il ricorrente, benché sia stato invitato da questo Tribunale a trasmettere eventuali nuove prove (doc. X), ha prodotto ulteriore documentazione. Non vi è alcun dubbio che se l’insorgente fosse stato sottoposto al prospettato inquadramento clinico specialistico ed al follow-up a distanza di un mese con risonanza magnetica lombosacrale senza e con contrasto, il curante dapprima ed il ricorrente in seguito, avrebbero fatto pervenire a questo Tribunale gli esiti degli ulteriori esami. Va qui rammentato che in DTF 145 V 90, al consid. 3.2 il Tribunale federale ha ribadito che nell’ambito delle assicurazioni sociali la procedura è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti devono essere accertato d’ufficio dall’autorità (art. 43 LPGA). Tuttavia, questa regola non è assoluta. La sua portata è limitata dall’obbligo delle parti di collaborare. Ciò implica l’obbligo per la parte di produrre, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto, le prove atte a comprovare i fatti invocati, ritenuto che in caso contrario l’assicurato deve sopportare le conseguenze dell’assenza di prove. Non avendo prodotto ulteriore documentazione, questo TCA deve concludere che il ricorrente non ha comprovato l’asserito peggioramento del suo stato di salute dopo l’allestimento della perizia del _____. Del resto, accertato che la RM del 28 febbraio 2024 non ha oggettivato alcun aggravamento dello stato valetudinario dell’assicurato (cfr. presa di posizione del 30 aprile 2024 del dr. med. _____ e del 3 maggio 2024 del dr. med. _____), un eventuale nuovo esame effettuato un mese dopo, non avrebbe potuto modificare l’esito della presente procedura, giacché, di principio è la data della decisione impugnata (in concreto il 14 marzo 2024) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pag. 411; STF 9C_241/2022 del 30 giugno 2022; STF 8C_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Un eventuale peggioramento dello stato di salute oggettivato successivamente al 14 marzo 2024 deve pertanto essere fatto valere tramite una nuova richiesta di prestazioni. Di conseguenza se il ricorrente ritiene che il suo stato valetudinario si è aggravato, può inoltrare una nuova domanda di rendita. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve confermare che l’insorgente è incapace al lavoro al 75% nella precedente attività di imbianchino/pittore edile (ed al 30%

quale venditore), mentre è completamente abile al lavoro, con le limitazioni descritte, in attività semplici e ripetitive, e ciò dal 23 giugno 2022. 2.7. L'insorgente contesta il calcolo del grado d'invalidità, sostenendo che, malgrado il peggioramento del suo stato di salute, è stato giudicato invalido solo nella misura del 12% (21% dal 1° gennaio 2024), allorché nell'ambito della precedente procedura, sfociata nella decisione del 30 marzo 1999, il grado d'invalidità era stato fissato al 39%. Preliminarmente va rammentato che trattandosi di una nuova domanda, l'Ufficio AI non è tenuto a fondarsi su quanto stabilito in precedenza (in caso di revisione cfr. DTF 141 V 9: nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione della rendita). Ciò vale a maggior ragione nel caso di specie dove, come rilevato correttamente dall'amministrazione in sede di risposta (cfr. consid. 1.8), i parametri di calcolo rispetto al 1999 sono cambiati in seguito ad una nuova giurisprudenza ed alle modifiche di legge che ha ritenuto non più applicabile la Tabella TA13. A questo proposito l'art. 25 OAI (principi per il confronto dei redditi), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che sono considerati redditi lavorativi secondo l'articolo 16 LPGa i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS, escluse tuttavia: a. le prestazioni del datore di lavoro per perdita di salario cagionata da infortunio o malattia, se l'incapacità lavorativa è debitamente comprovata; b. le indennità di disoccupazione, le indennità di perdita di guadagno secondo la LIPG e le indennità giornaliere dell'assicurazione invalidità. Secondo l'art. 25 cpv. 2 OAI i redditi lavorativi determinanti secondo l'articolo 16 LPGa vanno stabiliti su una base temporale identica e tenendo conto del mercato del lavoro in Svizzera. Ai sensi dell'art. 25 cpv. 3 OAI se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Possono essere impiegati altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Vanno utilizzati valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso. Per l'art. 25 cpv. 4 OAI i valori statistici di cui al capoverso 3 vanno adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell'evoluzione dei salari nominali. 2.7.1. In concreto, per quanto concerne il reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute (reddito da valido), l'art. 26 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che il reddito senza invalidità (art. 16 LPGa) è determinato sulla base dell'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Se il reddito lavorativo conseguito negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità era soggetto a forti variazioni, ci si basa su un reddito medio adeguato (cpv. 1). Per il cpv. 2 se il reddito lavorativo effettivamente conseguito è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3, il reddito senza invalidità corrisponde al 95 per cento di questo valore centrale. Secondo l'art. 26 cpv. 3 OAI, il capoverso 2 non è applicabile, se: a. anche il reddito con invalidità secondo l'articolo 26bis capoverso 1 è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3; o b. il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente. L'art. 26 cpv. 4 OAI prevede che se il reddito lavorativo effettivamente conseguito non può essere determinato o non può esserlo in misura sufficientemente precisa, il reddito senza invalidità è fissato sulla base dei valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3 relativi alle persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe. In concreto, considerato che l'insorgente, di formazione imbianchino, dal 2012 si trova in assistenza, a giusta ragione l'Ufficio AI ha

fatto capo ai dati salariali risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2020, ultimo anno disponibile al momento dell'emanazione della decisione (la tabella 2022 è stata pubblicata il 29 maggio 2024; cfr., a proposito del 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2020_tirage_skill_level - Rami economici (NOGA08; denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; DTF 142 V 178), categoria professionale 43 “lavori di costruzione specializzati”, conoscenze professionali e specializzate (livello 2), più favorevole rispetto al reddito statistico valido per un venditore (categoria professionale 47, commercio al dettaglio). Tale reddito ammontava nel 2020 a fr. 74'806.11 (6'067 X 12 : 40 ore X 41.1 ore di durata media lavorativa settimanale [cfr. durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique]). Nel 2023, anno di inizio eventuale del diritto alla rendita (dopo l'anno di attesa), ritenuto che la durata media settimanale è rimasta di 41.1 ore, il reddito sarebbe ammontato a fr. 76'880.85 (74'806.11 : 129.8 X 133.4) 2.7.2. Circa il reddito che l'interessato avrebbe potuto conseguire con il danno alla salute (reddito da invalido), l'art. 26bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (art. 16 LPGA), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile (cpv. 1). Per l'art. 26bis cpv. 2 OAI se non vi è alcun reddito lavorativo computabile, il reddito con invalidità è determinato in base ai valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3. In deroga all'articolo 25 capoverso 3, per gli assicurati di cui all'articolo 26 capoverso 6 vanno impiegati valori indipendenti dal sesso. Secondo l'art. 26bis cpv. 3 OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2023, se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del dieci per cento per attività lucrativa a tempo parziale. L'art. 26bis cpv. 3 OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2024 prevede che al valore determinato in base a valori statistici secondo il capoverso 2 è applicata una deduzione del 10 per cento. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, è applicata una deduzione del 20 per cento. Non sono ammesse ulteriori deduzioni. Secondo la giurisprudenza federale, antecedente la modifica della LAI entrata in vigore il 1° gennaio 2022, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Con sentenza 8C_823/2023 dell'8 luglio 2024, destinata a pubblicazione, il Tribunale federale ha stabilito che la regolamentazione, introdotta per via di ordinanza all'inizio del 2022 e in vigore fino alla fine del 2023, riguardo alla determinazione del grado d'invalidità sulla base dei dati salariali risultanti dalle tabelle RSS è parzialmente contraria al diritto federale. Le possibilità di correzione del salario tabellare RSS determinante nel caso specifico, per tenere conto dell'effettiva situazione della persona assicurata, sono insufficienti. Se necessario, occorre pertanto appellarsi anche alla prassi del

Tribunale federale in materia applicata finora (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 23 luglio 2024). In concreto, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2020, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2020 *tirage_skill_level* (salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 63'132.- (Fr. 5'261.- x 12 mesi). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2020 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique"), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 65'815.11 (fr. 63'132.- : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Aggiornato al 2023 l'importo sale a fr. 67'442 (65'815.11 : 133.5 X 136.8 [cfr. tabella T1.93, indice dei salari nominali]) Per quanto concerne la percentuale di riduzione dal reddito da invalido, l'Ufficio AI, quale correzione per i salari statistici troppo elevati, in applicazione dell'art. 26bis cpv. 3 OAI, ha applicato la deduzione generalizzata del 10 % per il periodo successivo al 1° gennaio 2024. Come visto, tuttavia, il Tribunale federale ha stabilito che perlomeno per il periodo dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023 (l'Alta Corte non si è ancora pronunciata per il periodo successivo) le possibilità di correzione del salario tabellare RSS determinante nel caso specifico, per tenere conto dell'effettiva situazione della persona assicurata, sono insufficienti. Se necessario, occorre pertanto appellarsi anche alla prassi del Tribunale federale in materia applicata finora (sentenza 8C_823/2023 dell'8 luglio 2024). Nel caso di specie può rimanere aperta la questione di sapere se applicare una riduzione ed eventualmente in quale misura. Infatti, anche se si volesse prendere in considerazione, per pura ipotesi di lavoro, la deduzione massima del 25%, il ricorrente non avrebbe comunque diritto ad alcuna rendita. Raffrontando il reddito da valido di fr. 76'880.85 con quello da invalido di fr. 67'442, ridotto del 25% a fr. 50'581.50, si otterrebbe un grado d'invalidità del 34,2% arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 34%, che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI). Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.8. Il ricorrente afferma di avere "cose da raccontare. E sarebbe il caso, magari di un colloquio. Anche perché a me NESSUNO mi ha mai ascoltato." Alla luce della documentazione agli atti questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove ed all'audizione dell'assicurato. Va qui rilevato che per l'art. 6 n. 1 CEDU, ogni persona ha diritto a un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Nel campo di applicazione dell'art. 6 CEDU rientrano anche i litigi relativi a prestazioni delle assicurazioni sociali e dell'assistenza sociale (cfr. STF 8C_522/2012 del 2 novembre 2012 consid. 2.3.). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, confermata in DTF 122 V 54 seg. consid. 3, la pubblicità del dibattimento, imposta dall'art. 6 n. 1 CEDU ed ormai

ancorata anche nella Costituzione svizzera all'art. 30 cpv. 3, dev'essere principalmente garantita nella procedura di ricorso di prima istanza (cfr. STF 8C_504/2010 del 2 febbraio 2011). Tuttavia, lo svolgimento di un pubblico dibattimento in materia di assicurazioni sociali presuppone l'esistenza di una richiesta chiara e inequivocabile di una parte nel corso della procedura ricorsuale di prima istanza (cfr. STF 8C_751/2019 del 25 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C_722/2019 del 20 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C_63/2019, 8C_65/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 5.1.; STF 8C_528/2017 del 19 dicembre 2017 consid. 1.3., pubblicata in SJ 2018 I 275; STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 2.3.; STF 8C_665/2014 del 23 marzo 2015 consid. 4; STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti). Una semplice richiesta di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale – nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di un'assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente – o di interrogatorio delle parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. STF 8C_722/2019 del 20 febbraio 2020, pubblicata in SVR 2020 UV N. 28 pag. 14; STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 6.3.; SVR 2009 IV Nr. 22 pag. 62; DTF 125 V 38 consid. 2). L'Alta Corte ha, inoltre, stabilito che il rifiuto di differire un'udienza pubblica fondato su motivi obiettivi non è in contrasto con il diritto federale e, in particolare, con l'art. 6 n. 1 CEDU (sul tema cfr. tuttavia DTF 136 I 279; DTF 127 V 491; STF 8C_504/2010 succitata). In proposito cfr. pure STCA 38.2020.10 del 6 luglio 2020 consid. 2.9.; STCA 38.2018.31 del 12 ottobre 2018 consid. 2.7.; STCA 38.2018.39 del 10 ottobre 2018 consid. 2.8. Nella presente evenienza - contrariamente a quanto esige la giurisprudenza federale -, il ricorrente non ha formulato un'esplicita richiesta di indire un pubblico dibattimento, ma ha semplicemente indicato di poter avere “ magari un colloquio ”. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_430/2020 del 17 marzo 2021 consid. 5.1.; STF 8C_117/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 4.3.; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9; STF 8C_845/2009 del 7 dicembre 2009; STF I 1018/06 del 16 gennaio 2008 consid. 5.3.; STF U 416/04 del 16 febbraio 2006, consid. 3.2.), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Ora, come visto nei considerandi precedenti, la documentazione prodotta in sede processuale è esaustiva e non necessita di alcun complemento. Del resto, il ricorrente ha potuto far valere le proprie argomentazioni per iscritto (STF 8C_550/2017 del 12 gennaio 2018) e la documentazione già presente agli atti consente al TCA di emanare il proprio giudizio, senza la necessità di ricorrere ad altre prove come l'audizione personale dell'assicurato. Per i suddetti motivi, l'audizione dell'insorgente si rivela superflua. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di

procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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