

## **TI\_GERICHTE 33.2022.12 vom 18. Juli 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-07-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_33.2022.12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2022.12)

FR: TI\_GERICHTE 33.2022.12 du 18 juillet 2022

IT: TI\_GERICHTE 33.2022.12 del 18 luglio 2022

### **Regeste**

Se A. parzialmente invalida non lavora, vale presunzione di rinuncia di reddito, che può essere rovesciata se comprova che circostanze oggettive e soggettive estranee a invalidità hanno reso impossibile conseguire tale reddito. Non ha dimostrato tali circostanze. OK computo reddito ipotetico da lavoro

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Agli invalidi si computa in linea di massima come reddito dell'attività lucrativa qualsiasi importo effettivamente conseguito durante il periodo determinante.

#### **E. 2**

Per gli invalidi di età inferiore a 60 anni, il reddito dell'attività lucrativa computato corrisponde almeno: a. all'ammontare massimo destinato alla copertura dei bisogni vitali delle persone sole secondo l'articolo 10 capoverso 1 lettera a numero 1 LPC, aumentato di un terzo, per un grado di invalidità fra il 40 e meno del 50 per cento; b. all'ammontare massimo destinato alla copertura dei bisogni vitali secondo la lettera a, per un grado di invalidità fra il 50 e meno del 60 per cento; c. ai due terzi dell'ammontare massimo destinato alla copertura dei bisogni vitali secondo la lettera a, per un grado di invalidità fra il 60 e meno del 70 per cento.

#### **E. 3**

Il capoverso 2 non è applicabile: a. se l'invalidità di persone senza attività lucrativa è stata stabilita conformemente all'articolo 28a capoverso 2 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI); o b. se l'invalido lavora in un laboratorio ai sensi dell'articolo 3 capoverso 1 lettera a della legge federale del 6 ottobre 2006 sulle istituzioni che promuovono l'integrazione degli invalidi (LIPIn)". L'art. 14a OPC-AVS/AI, in connessione con l'art. 9 cpv. 5 lett. c LPC, fissa dunque schematicamente i redditi ipotetici provenienti da un'attività lucrativa di assicurati parzialmente invalidi. Questa norma dispone, al suo capoverso 1, che alle persone parzialmente invalide è di principio computato il reddito da attività lucrativa che hanno effettivamente conseguito. Per semplificare il procedimento questa disposizione presume che, per gli assicurati parzialmente invalidi di età inferiore a 60 anni, sia possibile e ragionevole, nell'ambito della restante capacità di guadagno stabilita dall'Ufficio AI, conseguire gli importi limite stabiliti dall'art. 14a cpv. 2 lett. a-c OPC-AVS/AI. Qualora essi non mettano a frutto la loro capacità di guadagno residua, si ha una rinuncia a un reddito da attività lucrativa ai sensi dell'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC che va ritenuta quale reddito ipotetico da attività lucrativa (STF 9C\_376/2021 del 19 gennaio 2022; DTF 141 V 343; DTF 117 V 153; Carigiet/Koch, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2a ed. 2009, pag. 153). L'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI

stabilisce la presunzione giuridica secondo cui l'assicurato sarebbe in grado di realizzare questi redditi se svolgesse un'attività lucrativa esigibile o non lavorasse. Se l'importo indicato all'art. 14a cpv. 2 lett. a-c OPC-AVS/AI non è raggiunto così pure se nessuna attività lucrativa è esercitata, si presume che l'assicurato abbia rinunciato a dei redditi giusta l'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC (DTF 140 V 267 consid. 2.2; STF 9C\_515/2018 del 18 aprile 2019 consid. 2.3; STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019 consid. 4.3 ; Valterio , Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, pag. 129 N. 18 ad art. 11). Gli importi forfettari previsti dall'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI, che dipendono dal grado di invalidità dell'assicurato in connessione con il fabbisogno per persone sole di cui all'art. 10 cpv. 1 lett. a n. 1 LPC, sono quindi da computare quando l'assicurato parzialmente invalido guadagna di meno o soprattutto non si dedica ad alcuna attività lucrativa. Si tratta di importi netti, dai quali non devono essere dedotti né i contributi sociali né le spese per il conseguimento del reddito. Il computo avviene in maniera privilegiata allo stesso modo dei redditi provenienti dall'esercizio di un'attività lucrativa (DTF 117 V 292; Carigiet/Koch , op. cit., pag. 153), ovvero i redditi ipotetici dell'attività lucrativa sono computati nel calcolo delle PC allo stesso modo di quelli effettivamente conseguiti, quindi solo per due terzi e previa deduzione di una franchigia. Con il computo di un reddito minimo ipotetico da attività lucrativa si presume che l'assicurato sia in grado di conseguire il reddito minimo da lavoro dell'art. 14a OPC-AVS/AI. In determinati casi, è possibile prescindere dal computo schematico di un reddito ipotetico minimo da attività lucrativa. Tali eccezioni sono in parte regolate all'art. 14a cpv. 3 OPC-AVS/AI e in parte risultano dalla giurisprudenza e dalla prassi amministrativa. Se una persona non può svolgere un lavoro remunerato per motivi indipendenti dalla sua volontà, nel calcolo delle PC non può essere considerato alcun reddito ipotetico dell'attività lucrativa. Questo caso si verifica, in particolare, quando una persona non riesce a trovare un posto di lavoro pur avendo compiuto gli sforzi necessari. Inoltre, si rinuncia al computo di un reddito ipotetico dell'attività lucrativa anche nel caso in cui non si possa esigere da una persona che eserciti un'attività lucrativa (ad esempio perché deve svolgere compiti assistenziali o segue una formazione a livello terziario). 2.4. Fra le ipotesi secondo cui a un assicurato parzialmente invalido non sia computato alcun reddito ipotetico da attività lucrativa v'è in particolare quella in cui egli comprovi di non potere utilizzare la sua teorica capacità di guadagno residua (per le altre ipotesi si veda: Carigiet/Koch , op. cit., pag. 153 e seg.). La presunzione dell'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI può essere confutata con la dimostrazione che per l'assicurato, disposto a cercare un'attività lucrativa, sussistano dei motivi oggettivi o soggettivi irrilevanti per la determinazione del grado di invalidità, quali l'età, l'assenza di formazione e di conoscenze linguistiche, le circostanze personali o la situazione del mercato del lavoro, che rendano difficile o impossibile il conseguimento di un reddito da attività lucrativa. Il reddito determinante per il calcolo della prestazione complementare è il reddito ipotetico che l'assicurato potrebbe effettivamente realizzare (DTF 141 V 343 consid. 3.3; DTF 140 V 267 consid. 2.2; DTF 127 V 287 consid. 2a; DTF 117 V 156; STF 9C\_376/2021 del 19 gennaio 2022 consid. 2.2.2; STF 9C\_515/ 2018 del 18 aprile 2019 consid. 2.3; STF 9C\_827/ 2018 del 20 marzo 2019 consid. 4.3; Carigiet/Koch , op. cit., pag. 154). La possibilità di rovesciare la presunzione dell'art. 14a OPC-AVS/AI comporta però che l'assicurato porti la prova che a causa di questi fattori non ha trovato un lavoro. Se non fa valere queste particolari circostanze, se non sono facilmente riconoscibili o se nessun elemento probante risulta da ulteriori accertamenti, l'interessato deve sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (DTF 117 V 153 consid. 3b) e deve lasciarsi imputare il

reddito che, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, avrebbe ancora potuto realizzare malgrado l'invalidità (STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019 consid. 4.3). Se, dunque, da un lato è giustificato presumere che la persona parzialmente invalida sia in grado di sfruttare la capacità residua lavorativa e di guadagno che le ha riconosciuto l'assicurazione invalidità, dall'altro questa presunzione può essere rovesciata. L'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha, al riguardo, osservato che vi sono casi in cui l'assicurazione invalidità ha giustamente concesso solo una mezza rendita di invalidità benché l'assicurato non fosse in grado, per motivi estranei all'invalidità, di utilizzare effettivamente la capacità lavorativa residua. Se anche a queste persone si dovesse computare il reddito ipotetico forfettario, ciò avrebbe per conseguenza che l'art. 3 cpv. 1 lett f vLPC (art. 11 cpv. 1 lett. g LPC fino al 31 dicembre 2020 e dal 1° gennaio 2021 art. 11a cpv. 1 LPC) sarebbe svuotato del suo significato, perché questa norma prevede soltanto il computo di quei redditi a cui l'assicurato ha rinunciato. Determinante per il calcolo delle prestazioni complementari è quindi, anche sotto l'egida dell'art. 14a OPC-AVS/AI, quel reddito ipotetico che l'assicurato potrebbe effettivamente conseguire (DTF 117 V 153 consid. 2c; Valterio, op. cit., pag. 135 e seg. N. 31 ad art. 11). 2.5. Si tratta dunque di esaminare se la persona interessata è effettivamente in grado di mettere a profitto, sul piano economico, la capacità di guadagno che le è riconosciuta dall'AI esercitando un'attività alla sua portata. Una tale soluzione non implica tuttavia un esame automatico e sistematico di tutti gli assicurati parzialmente invalidi a sapere se possano esercitare un'attività lucrativa. Infatti, per ciò che concerne l'incapacità di lavoro causata dall'invalidità, le Casse di compensazione e i giudici delle assicurazioni sociali devono di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità effettuata dal competente Ufficio assicurazione invalidità (DTF 140 V 267 consid. 2.3; STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019, consid. 6.1; Carigiet/Koch, op. cit., pag. 154). Indipendentemente dal fatto che gli organi di esecuzione delle PC non dispongono delle necessarie conoscenze specifiche della materia per valutare autonomamente l'invalidità, si tratta di evitare che due istanze si pronuncino in modo diverso sulla medesima fattispecie (DTF 140 V 267 consid. 5.1; Valterio, op. cit., pag. 135 N. 31 ad art. 11; Carigiet/Koch, op. cit., pag. 154). È unicamente se l'assicurato parzialmente invalido invoca una modifica del suo stato di salute intervenuta dopo la crescita in giudicato della decisione AI, ma prima della decisione sul diritto alle prestazioni complementari, che le Casse cantonali di compensazione, fondandosi sul grado della verosimiglianza preponderante, devono valutare autonomamente lo stato di salute dell'assicurato (STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019, consid. 6.1; STF 8C\_172/2007 del 6 febbraio 2008, consid. 7.2; Valterio, op. cit., pag. 136 N. 31 ad art. 11). Esse verificheranno quindi se l'assicurato possa effettivamente conseguire il reddito ipotetico giusta l'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI (Carigiet/Koch, op. cit., pag. 154). Gli organi di esecuzione delle PC non sono pertanto autorizzati a fare valere l'assenza di conoscenze specialistiche per evitare subito qualsiasi accertamento in merito allo stato di salute di un assicurato (STF 8C\_68/2007 del 14 marzo 2008, consid. 5.3). Spetta loro istruire il caso conformemente all'art. 43 cpv. 1 LPGA quando l'assicurato produce un certificato medico che attesta un peggioramento del suo stato di salute; possono rinunciare ad effettuare degli accertamenti quando questi documenti contengono tutte le informazioni necessarie per pronunciarsi sulla capacità lavorativa indicando il motivo, il grado e la prevista durata dell'incapacità lavorativa (STF 8C\_172/2007 del 6 febbraio 2008, consid. 8; Carigiet/Koch, op. cit., pag. 155). Se le Casse di compensazione ritengono che questi rapporti medici non stabiliscano in maniera probante la presenza di una tale incapacità, devono almeno

informare l'interessato che questi documenti non hanno forza probante e invitarlo a richiedere al medico un rapporto che contenga tutti i dati necessari (STF 8C\_68/2007 del 14 marzo 2008, consid. 5.3). Se, invece, una modifica delle condizioni di salute e le sue conseguenze sulla capacità di lavoro non possono essere stabilite con un grado della verosimiglianza preponderante al momento in cui le Casse sono chiamate a decidere, la questione potrà essere esaminata soltanto nell'ambito di una revisione della rendita AI e della procedura di modifica della prestazione complementare annua giusta l'art. 25 OPC-AVS/AI (STF 8C\_172 /2007 del 6 febbraio 2008, consid. 7.1; Valterio , op. cit., pag. 136 N. 31 ad art. 11). La presunzione legale di cui all'art. 14a OPC-AVS/AI ha per conseguenza che gli organi di esecuzione delle PC non devono cercare d'ufficio gli elementi che potrebbero andare contro questa presunzione. Quando l'interessato fa valere di non essere in grado di realizzare il reddito previsto da questa disposizione, essi devono per contro, conformemente al principio inquisitorio e nel rispetto del diritto di essere sentito, esaminare se vi sono motivi atti a confutare la presunzione. Quando si tratta di una persona parzialmente invalida, le Casse di compensazione devono soltanto esaminare gli aspetti estranei all'invalidità, come l'età, la scarsa formazione e le conoscenze linguistiche insufficienti, che impediscono di utilizzare la capacità lavorativa (DTF 140 V 267 consid. 2.2; DTF 117 V 153 consid. 2c; STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019, consid. 6.1; Valterio , op. cit., pag. 135 N. 31 ad art. 11) e quindi di cercare con successo un lavoro. Va posta particolare attenzione al fatto che per determinare il grado di invalidità gli Uffici AI si fondano sul mercato equilibrato del lavoro. Le prestazioni complementari, essendo concepite quali prestazioni di aiuto, devono basarsi sulle condizioni effettive, non solo delle persone aventi diritto alle PC, ma anche del mercato del lavoro locale. Se è portata la prova che a causa della situazione personale e del mercato del lavoro il reddito ipotetico da attività lucrativa non può essere conseguito, allora anche la Cassa di compensazione deve riconoscerlo e non deve computare alcun reddito ipotetico (DTF 140 V 267 consid. 5.3; STF 9C\_515/2018 del 18 aprile 2019 consid. 3.3). Quali prove valgono in particolare i giustificativi delle ricerche di lavoro non andate a buon fine, con cui l'assicurato può dimostrare che, malgrado l'impiego di tutta la sua buona volontà, è praticamente impossibile realizzare effettivamente il reddito ipotetico stabilito dall'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI. Anche il tentativo infruttuoso, da parte dell'assicurazione contro la disoccupazione, dell'assicurazione invalidità e dell'assistenza sociale di reinserire la persona nel mondo del lavoro deve essere incluso nella valutazione se il beneficiario di PC riesce a confutare la presunzione dell'art. 14a OPC-AVS/AI ( Carigiet/Koch , op. cit., pag. 156; Valterio , op. cit., pag. 137 N. 33 ad art. 11). Va infine osservato che la riduzione del diritto a una prestazione complementare in corso a seguito del computo di un reddito ipotetico minimo da lavoro giusta l'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI, esplica effetto sei mesi dopo la notifica della relativa decisione (art. 25 cpv. 4 OPC-AVS/AI). Il beneficiario di prestazioni complementari ha così il tempo per conformarsi alla nuova situazione e per cercare lavoro oppure per apportare la prova che non è in grado di realizzare il reddito minimo ipotetico ( Carigiet/Koch , op. cit., pag. 155). 2.6. Nella DTF 140 V 267 (= SVR 2014 EL Nr. 11) l'Alta Corte si è pronunciata sulla rinuncia di elementi di reddito giusta l'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC da parte di un assicurato dell'ex Jugoslavia la cui vista era stata gravemente danneggiata nel 1984 e che, arrivato nel nostro Paese nel 2001, l'anno seguente ha chiesto delle prestazioni dall'assicurazione invalidità, che gli sono state subito negate. Una nuova domanda è stata respinta nel gennaio 2005, mentre nel marzo 2005 gli è stato attribuito un assegno per grandi invalidi di grado lieve. Nel 2006 l'Ufficio AI ha concesso all'assicurato

una riformazione professionale e si è assunto i costi supplementari di formazione come massaggiatore medicale. Richiamato l'assicurato all'obbligo di collaborare, nell'ottobre 2008 l'Ufficio AI ha interrotto i provvedimenti professionali a causa delle numerose assenze e degli esami non effettuati e nel 2009 ha respinto la domanda di rendita non essendo adempiute le condizioni assicurative. Il ricorso al TCA è stato respinto nel 2011. La domanda di PC inoltrata nell'ottobre 2009 è stata respinta, giacché i redditi computabili, conteggiando un reddito ipotetico da attività lucrativa in presenza di un grado di invalidità dello 0%, superavano le spese riconosciute. Il Tribunale zurighese ha confermato questa decisione nel 2012. L'assicurato ha chiesto al Tribunale federale di non computare alcun reddito ipotetico fino al 31 marzo 2012, poi di conteggiare il reddito effettivamente conseguito. Il TF ha respinto il ricorso. Esposto l'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC sulla rinuncia di reddito e l'art. 9 cpv. 5 LPC in connessione con l'art. 14a OPC-AVS/AI, l'Alta Corte ha ricordato che il cpv. 2 di quest'ultima norma stabilisce quali redditi da lavoro per le persone invalide di età inferiore ai 60 anni devono essere almeno considerati come reddito da attività, il che significa che se tale limite non è raggiunto si presume una rinuncia volontaria al reddito da attività lucrativa giusta l'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC. Questa presunzione può essere confutata quando motivi come l'età, la scarsa formazione, le insufficienti conoscenze linguistiche, le circostanze personali o la situazione del mercato del lavoro rendono difficile o impossibile la valutazione della restante capacità di guadagno. Determinante per il calcolo delle PC è perciò il reddito ipotetico che l'assicurato potrebbe realizzare effettivamente (cfr. consid. 2.2). Il Tribunale federale ha ricordato che, per quanto riguarda la riduzione della capacità di guadagno legata all'invalidità, le Casse di compensazione e i Tribunali delle assicurazioni sociali devono conformarsi alla valutazione dell'invalidità effettuata dall'assicurazione invalidità (cfr. consid. 2.3). Per l'Ufficio AI, la professione di fisioterapista appresa nel Paese di origine poteva essere riconosciuta in Svizzera con una formazione complementare di circa due anni, ma poiché tale attività non era compatibile con il suo danno alla salute l'assicurato ha iniziato la formazione di massaggiatore medicale. Applicando la Tabella T7S, cifra 33, livello di competenze 3, per il reddito da valido ha ritenuto l'importo di Fr. 77'650,55 per 41,6 ore di lavoro medio alla settimana nell'ambito specifico. Per il reddito da invalido, se avesse completato la formazione di massaggiatore medicale l'interessato avrebbe potuto ottenere un reddito di Fr. 89'831,05 basandosi sulla stessa tabella, ma con il livello di competenze 2. Ritenuta una riduzione del 20% per gravi problemi alla vista, il reddito da invalido era pari a Fr. 71'864.85. Il grado di invalidità calcolato dall'Ufficio AI era dunque del 7,5%. L'autorità di prime cure è giunta alla conclusione che, basandosi su queste constatazioni dell'Ufficio AI, si doveva ritenere con il grado della verosimiglianza preponderante una totale capacità lavorativa in attività adeguate e un grado di invalidità del 7,5%. Con il suo comportamento l'assicurato aveva violato il suo obbligo di ridurre il danno: l'amministrazione l'aveva avvisato tre volte del suo obbligo di collaborare, con l'avvertenza che il mancato rispetto avrebbe comportato la cessazione della riformazione. La Cassa di compensazione ha quindi computato un reddito ipotetico di Fr. 55'800.- rispettivamente di Fr. 36'533.- dopo detrazione della franchigia di Fr. 1'000.- e la presa in conto di due terzi (cfr. consid. 4.1). Per l'Alta Corte i giudici cantonali hanno a giusta ragione fatto riferimento allo stato di salute e alla capacità lavorativa stabilita principalmente dall'assicurazione invalidità per valutare il grado di invalidità. Ciò era appropriato, in quanto le Casse di compensazione non hanno le qualifiche professionali per una valutazione indipendente dell'invalidità e la stessa situazione non dovrebbe essere valutata diversamente da istanze diverse nelle stesse circostanze. Il fatto che lo stato di

salute si sia da allora modificato, e nel qual caso la Cassa potrebbe effettuare eventualmente una valutazione indipendente, non è stato fatto valere dal ricorrente (cfr. consid. 5.1). Al considerando 5.2 l'Alta Corte ha esaminato se e in che misura l'obbligo di ridurre il danno nei confronti dell'Ufficio AI era diverso da quello nei confronti della Cassa cantonale di compensazione. Oggetto del litigio era stabilire quale influsso aveva sulle prestazioni complementari - e meglio sulla rinuncia di reddito - che l'Ufficio AI, nell'ambito della valutazione dell'invalidità, ha risposto affermativamente se fosse ragionevole per il ricorrente completare la formazione medica per diventare massaggiatore medico e guadagnare un reddito corrispondente. La nostra Massima Istanza ha stabilito che, quando la persona assicurata, in violazione del suo obbligo di ridurre il danno, rifiuta di eseguire un provvedimento di reintegrazione professionale che le è stato assegnato dall'assicurazione invalidità, la mancanza di volontà di reinserirsi deve essere ugualmente presa in considerazione nell'ambito delle prestazioni complementari, fondandosi in applicazione dell'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC sul reddito che potrebbe ottenere dopo l'esecuzione del provvedimento di reintegrazione (cfr. consid. 5.2.2). Di conseguenza, non è, di principio, criticabile che, per quanto concerne le PC nell'ambito dell'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC, ci si basi sul reddito che la persona assicurata avrebbe potuto ottenere se avesse completato la riformazione professionale iniziale come massaggiatore medico concessagli dall'Ufficio AI (cfr. consid. 5.2.3). L'Alta Corte ha inoltre rilevato che una differenza fra l'assicurazione invalidità e le prestazioni complementari risiede nel fatto che l'assicurazione invalidità, per determinare il grado di invalidità, si riferisce al mercato equilibrato del lavoro, mentre nel campo delle PC si deve fare riferimento alle circostanze effettive non solo dell'assicurato, ma anche del mercato del lavoro. Se è comprovato che, a causa delle condizioni personali e del concreto mercato del lavoro, non è possibile realizzare il reddito ipotetico computato, la Cassa di compensazione deve riconoscerlo e stralciare questo importo (cfr. consid. 5.3). Il Tribunale federale ha osservato che il ricorrente non ha sostenuto che se si fosse formato come massaggiatore medico a causa della sua situazione personale e del mercato del lavoro non sarebbe stato in grado di realizzare il reddito ipotetico che gli è stato computato. Piuttosto, l'assicurato si è limitato ad affermare che il reddito di un massaggiatore medico non doveva essere computato, poiché egli non aveva terminato tale formazione (cfr. consid. 5.3). La nostra Massima Istanza ha dunque concluso che il computo del reddito ipotetico era corretto (cfr. consid. 5.5).

2.7. Nella DTF 141 V 343 (= SVR 2015 EL Nr. 5) il Tribunale federale ha stabilito che il reddito ipotetico da invalido, posto quale base per il computo del grado d'invalidità, non può essere considerato come reddito a cui si è rinunciato nell'ambito del calcolo delle PC, nel caso in cui la persona parzialmente invalida non valorizzi la sua capacità lavorativa residua. Nulla in tal senso può essere dedotto dalla DTF 140 V 267. L'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI disciplina i casi di mancato o insufficiente utilizzo della capacità lavorativa residua (cfr. consid. 5.4). Dal 2009 un'assicurata, nata nel 1970, beneficiava di una mezza rendita di invalidità con un grado AI complessivo del 50%: grado AI parziale per la parte salariata 46% (80% [tempo di lavoro] x 58% [limitazioni]) e per la parte casalinga 4% (20% [quota parte nelle mansioni consuete] x 19% [impedimenti]). Dal 1° febbraio 2009 al 31 dicembre 2011 la Cassa, computando un reddito ipotetico, le ha concesso le prestazioni complementari. Il Tribunale cantonale ha accolto il ricorso e rinviato gli atti alla Cassa affinché ricalcolasse il diritto alle PC dell'assicurata ai sensi dei considerandi ed emettesse una nuova decisione. La Cassa di compensazione ha impugnato senza successo al Tribunale federale il giudizio cantonale chiedendo la conferma della sua decisione. L'Alta Corte ha ricordato le norme legali applicabili (cfr. consid. 3.2) e che, se il

limite di reddito previsto dall'art. 14a cpv. 2 lett. a-c LPC non è raggiunto, in particolare quando non viene esercitata un'attività lucrativa, vale la presunzione della rinuncia di reddito giusta l'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC. Questa presunzione può essere rovesciata se è comprovato che fattori estranei alla valutazione dell'invalidità hanno ostacolato o reso impossibile conseguire tale reddito. In tal caso, determinante per il calcolo delle prestazioni complementari è il reddito che l'assicurato avrebbe potuto effettivamente conseguire (cfr. consid. 3.3). Litigioso era sapere in che misura doveva essere computato un reddito ipotetico quale rinuncia di reddito (cfr. consid. 4). L'Alta Corte ha evidenziato che nell'ambito delle prestazioni complementari si applica il principio secondo cui il potenziale reddito da attività lucrativa deve essere considerato tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, come età, stato di salute, competenze linguistiche, formazione, lavoro precedente e situazione specifica del mercato del lavoro. Già per questo motivo, la questione dell'esistenza di una rinuncia di reddito ai sensi dell'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC non fa automaticamente riferimento al ragionevole reddito da invalido secondo l'art. 16 LPGA, che si basa su varie finzioni - in particolare una situazione equilibrata del mercato del lavoro (cfr. consid. 5.2). Il Tribunale federale ha in seguito riassunto i principi posti nella DTF 140 V 267 al considerando 5.2.2, secondo cui nell'ambito dell'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC ci si poteva fondare sul reddito che l'assicurato avrebbe conseguito dopo l'attuazione della misura provvisoria. In caso contrario, l'assicurato poteva almeno in parte rivalersi per le conseguenze del suo rifiuto dell'assicurazione invalidità mediante le prestazioni complementari, ciò che è contrario all'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC alla base del principio di responsabilità personale (cfr. consid. 5.3). Il Tribunale federale ha evidenziato che la Cassa cantonale di compensazione ha erroneamente concluso dalla DTF 140 V 267 che il reddito ipotetico da invalido su cui si basa la valutazione dell'invalidità potesse sempre essere utilizzato come rinuncia di reddito nel contesto del calcolo delle prestazioni complementari quando la persona assicurata non esaurisce la capacità di guadagno residua. Infatti, per regolare le fattispecie relative al mancato o insufficiente utilizzo della residua capacità di guadagno è stato introdotto l'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI. Come spiegato dalle note esplicative dell'UFAS alla norma entrata in vigore il 1° gennaio 1988, il suo scopo era di evitare numerosi accertamenti sull'ammontare di reddito ancora ragionevole e difficili problemi d'apprezzamento. È stata così respinta la possibilità di basarsi sul reddito ragionevolmente realizzabile (reddito da invalido) stabilito dall'assicurazione invalidità nonostante il danno alla salute, ciò che la Cassa riteneva giusto, perché essa non andava bene per tutti i casi. Per questo motivo, con l'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI è stata creata una disposizione indipendente - il computo di determinati importi minimi forfettari -, che sarebbe superflua se si seguisse il parere della Cassa di compensazione (cfr. consid. 5.4). Per l'Alta Corte il caso esaminato nel 2015 si distingueva dalla fattispecie della DTF 140 V 267, non essendo stati documentati sforzi dell'Ufficio AI per l'integrazione professionale e quindi non v'era anche nessuna contrarietà da parte dell'assicurata sulle misure professionali promesse. Non c'era dunque stata una violazione dell'obbligo di ridurre il danno (cfr. consid. 5.5). Sulla disparità di trattamento fra beneficiari di prestazioni complementari e beneficiari dell'assistenza sociale a cui, secondo la Cassa, porterebbe l'interpretazione data dall'autorità cantonale dell'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI, la Massima Istanza ha rilevato che questa argomentazione ignora il fatto che le prestazioni complementari e l'assistenza sociale differiscono notevolmente per base giuridica, finalità, finanziamenti, condizioni ed entità delle prestazioni e che la disparità di trattamento dei beneficiari di prestazioni è quindi intrinseca al sistema (cfr. consid. 5.6). Il Tribunale federale era quindi concorde con i primi

giudici di applicare al caso concreto l'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI. Il grado di invalidità era stato determinato con il metodo misto. A questa valutazione dell'invalidità dell'Ufficio AI si devono di principio attenere le Casse di compensazione e i giudici delle assicurazioni sociali; non c'era qui motivo di scostarsi da tale principio. L'Alta Corte ha ricordato che nel caso di un grado di invalidità stabilito con il metodo misto di calcolo, determinante per sapere quale lettera dell'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI si debba applicare è l'impedimento fissato per la parte salariata. Poiché nel caso dell'assicurata era del 58%, faceva dunque stato la lettera b, come correttamente stabilito dall'autorità giudiziaria cantonale (cfr. consid. 5.7). Per il Tribunale federale i primi giudici hanno correttamente rinviato la causa alla Cassa di compensazione per considerare nel calcolo delle PC una rinuncia di reddito giusta l'art. 14a cpv. 2 lett. b OPC-AVS/AI e per poi decidere nuovamente sul diritto dell'assicurata (cfr. consid. 5.8).

2.8. Nel caso deciso dal Tribunale federale nella STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019 l'assicurato, beneficiario di un quarto di rendita di invalidità dal 2011, ha chiesto nel 2016 le prestazioni complementari, che gli sono state riconosciute nel 2017 - e confermate dalla decisione su opposizione del 16 ottobre 2017 - retroattivamente alla domanda del 2011. La Cassa cantonale di compensazione ha imputato all'assicurato, per ogni anno, un reddito ipotetico (Fr. 25'400.- nel 2011 e nel 2012 fino ad arrivare a Fr. 25'720.- dal 2015 al 2017). Nel suo ricorso al Tribunale cantonale l'assicurato ha chiesto di beneficiare di una prestazione complementare più elevata calcolandola senza considerare il reddito ipotetico. Il TCA ha sospeso la vertenza nell'attesa dell'esito della domanda di revisione del diritto al quarto di rendita AI, che è stata respinta il 27 febbraio 2018 e che è stata a sua volta impugnata davanti al Tribunale cantonale, il quale il 29 ottobre 2018 ha respinto il ricorso. In pari data, il TCA ha pure respinto il ricorso formulato contro la decisione su opposizione del 16 ottobre 2017. L'assicurato si è rivolto al Tribunale federale chiedendo il riconoscimento di una prestazione complementare annua più elevata rispettivamente di rinviare la causa alla Cassa per un nuovo calcolo del suo diritto dal 2014, senza computare il reddito ipotetico. Egli ha pure chiesto la sospensione della causa fino all'esito del ricorso contro la sentenza cantonale in materia di assicurazione invalidità, che il Tribunale federale ha accolto parzialmente il 20 marzo 2019 rinviando la causa all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici e nuova decisione. Esposto il tenore dell'art. 14a OPC-AVS/AI, il Tribunale federale ha ricordato il principio secondo cui quando l'importo dell'art. 14a cpv. 2 lett. a-c OPC-AVS/AI non è raggiunto, così pure quando nessuna attività lucrativa è esercitata, si presume che l'assicurato ha rinunciato a delle entrate ai sensi dell'art. 11 cpv. 1 lett. g LPC. L'assicurato può rovesciare questa presunzione portando la prova che delle circostanze oggettive e soggettive estranee all'invalidità, quali l'età, l'assenza di formazione o di conoscenze linguistiche, delle circostanze personali o la situazione del mercato del lavoro, ostacolano e complicano la realizzazione di tale reddito. Il reddito determinante per il calcolo della prestazione complementare è il reddito ipotetico che l'assicurato potrebbe effettivamente realizzare (cfr. consid. 4.3). Rifacendosi alle considerazioni rese in ambito di assicurazione invalidità, la Corte cantonale ha in un primo tempo negato che il ricorrente avesse reso verosimile un peggioramento determinante del suo stato di salute. Pertanto, il TCA ha considerato che, dal profilo medico, l'assicurato rimaneva sempre in grado di esercitare, a tempo pieno ma con una riduzione del rendimento del 40%, un'attività che evitasse pesi superiori a 5kg in modo ripetitivo e occasionalmente 10kg, così come le attività aeree e in posizione statica prolungata e che favorissero un'attività semi-sedentaria con alternanza della posizione. L'autorità cantonale ha poi esaminato se esistevano altre circostanze oggettive e soggettive che rendevano difficile la

realizzazione di un reddito che avrebbero permesso al ricorrente di ribaltare la presunzione legale, ciò che è stato negato (cfr. consid. 5.1). Per il ricorrente, i fatti erano stati accertati in modo inesatto e incompleto e avevano portato i primi giudici a computargli, a torto, un reddito ipotetico. A suo dire, essi hanno arbitrariamente negato che il suo stato di salute si era nettamente aggravato dopo il gennaio 2014 e che da allora era totalmente inabile (cfr. consid. 5.2). L'Alta Corte ha parzialmente accolto la censura dell'insorgente: " 6.1. Pour fixer le revenu déterminant d'assurés partiellement invalides, les organes compétents en matière de prestations complémentaires doivent en principe s'en tenir à l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité; leurs propres mesures d'instruction ne porteront que sur les causes de l'incapacité de gain qui sont étrangères à l'invalidité ( ATF 117 V 202 consid. 2b p. 205; arrêt 8C\_140/2008 du 25 février 2009, c. 8.2.2). Cependant, lorsqu'une modification de l'état de santé est alléguée après l'entrée en force de la décision de l'assurance-invalidité, mais avant la décision portant sur le droit aux prestations complémentaires, les organes compétents en matière de prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'assuré, en se fondant sur le degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt 8C\_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.2). 6.2. En l'espèce, une modification des circonstances est intervenue depuis le moment où les organes de l'assurance-invalidité se sont prononcés pour la dernière fois. Dans l'arrêt qu'elle a rendu ce jour et aux considérants duquel il peut être renvoyé (9C\_825/2018), la Cour de céans a en effet partiellement admis le recours formé par l'assuré contre le jugement cantonal rendu le 29 octobre 2018 dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité. Elle a jugé qu'en niant que le recourant eût rendu vraisemblable une aggravation déterminante de son état de santé somatique depuis la décision de l'office AI du 26 août 2013, la juridiction cantonale avait établi les faits de manière manifestement inexacte. Elle a cependant retenu qu'il n'était pas possible en l'état du dossier de déterminer l'incidence de l'aggravation de l'état de santé somatique de l'assuré sur sa capacité de travail. Partant, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal du 29 octobre 2018, ainsi que la décision de l'office AI du 27 février 2018 et renvoyé la cause à ce dernier pour la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire quant aux effets de l'aggravation de l'état de santé. Cela signifie, pour la présente procédure, qu'une aggravation de l'état de santé du recourant ne pouvait pas d'emblée être niée par la juridiction cantonale sans faire preuve d'arbitraire. Un revenu hypothétique ne pouvait donc pas être pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires, à titre de revenu déterminant de l'activité lucrative, sans que soit au préalable clarifiée la situation du recourant sur le plan médical.". Il Tribunale federale ha quindi rinviato la causa alla Cassa affinché esaminasse il peggioramento dello stato di salute somatico dell'assicurato sulla sua capacità di lavoro, se del caso rifacendosi agli accertamenti che l'Ufficio AI doveva attuare e poi stabilisse se un reddito ipotetico potesse essere computato nel calcolo delle prestazioni complementari, o meno (cfr. consid. 7). 2.9. Il 18 aprile 2019 (STF 9C\_515/2018) il Tribunale federale si è espresso sul caso di un'assicurata, nata nel 1960, che dal 2011 beneficiava di una prestazione complementare. Nell'ambito di una revisione periodica a fine 2015 la Cassa di compensazione ha chiesto all'assicurata una conferma per iscritto riguardante l'attività lucrativa o le ricerche di lavoro sue e del marito dal 2012. L'assicurata ha risposto che le condizioni di salute erano peggiorate e che entrambi erano incapaci al lavoro. Con decisione del febbraio 2016 la Cassa di compensazione ha rivisto il diritto dell'assicurata dal marzo 2014, poiché da quella data al marito era stata attribuita una rendita di invalidità di tre quarti. Allo stesso tempo la Cassa l'ha avvisata che per le persone parzialmente invalide di età inferiore a 60 anni

sarebbe stato computato un reddito ipotetico netto. Per evitare ciò, doveva esserci un annuncio all'Ufficio regionale di collocamento dell'assicurazione contro la disoccupazione. Nell'aprile 2016 l'amministrazione ha ricalcolato nuovamente le prestazioni complementari tenendo conto di un reddito ipotetico del marito dal 1° maggio 2016. La Cassa ha di nuovo fissato le PC dal 1° agosto 2016 con decisione dell'11 agosto 2016, contro cui l'assicurata ha interposto un'opposizione che è stata accolta parzialmente. La Cassa ha computato pure un reddito ipotetico da lavoro dell'assicurata dal 1° agosto 2016, mentre ha tenuto conto dei guadagni ipotetici del marito dal 1° gennaio 2017. Il ricorso dell'assicurata è stato respinto dal Tribunale cantonale delle assicurazioni di Soletta. Al Tribunale federale essa ha chiesto una PC mensile di almeno Fr. 1'065.- dal luglio 2016, oltre al pagamento del premio di Cassa malati. Oggetto del contendere era sapere se, correttamente, il TCA avesse computato, nel calcolo delle prestazioni complementari della ricorrente, un reddito ipotetico per lei e per suo marito (cfr. consid. 3). Il Tribunale cantonale ha dichiarato all'inizio che, contrariamente a quanto asserito dalla ricorrente, la perizia del 16 novembre 2017 resa nella procedura AI non aveva confermato un aumento dei danni alla salute e dell'incapacità al lavoro. Non sussistevano motivi estranei all'invalidità che impedivano alla ricorrente di utilizzare la capacità di guadagno residua determinata dall'assicurazione invalidità. Né la mancanza di formazione professionale e le scarse competenze linguistiche, né l'età di 56 o 57 anni erano di impedimento a trovare un lavoro. La ricorrente non aveva dimostrato di avere effettuato delle ricerche di lavoro. Sembrava ragionevole raggiungere un reddito di Fr. 25'720.- (Fr. 19'290.- più un terzo) con una capacità lavorativa del 60% (cfr. consid. 3.1). La ricorrente ha contestato che, dalla decisione dell'Ufficio AI del 2003, le sue condizioni di salute non fossero peggiorate. I primi giudici avrebbero dovuto decidere sulla base dei documenti di allora, visto che, al momento dell'emanazione della decisione su opposizione, l'istanza di revisione in ambito AI era agli inizi. Sulla scorta del principio inquisitorio sarebbe stato necessario chiarire se gli argomenti citati avrebbero potuto ribaltare le conseguenze della presunzione dell'art. 14a OPC-AVS/AI. I certificati medici emessi al momento della decisione su opposizione avrebbero attestato una totale incapacità lavorativa. L'assicurata ha inoltre menzionato i fattori estranei all'invalidità che avrebbero impedito di sfruttare la restante capacità di guadagno. Una valutazione complessiva dei fattori - assenza dal mercato del lavoro per 19 anni, conoscenza insufficiente del tedesco ed età di 57 anni - avrebbe portato alla conclusione che l'assicurata non avrebbe più trovato un posto di lavoro. Con ciò si impediva anche il computo di un reddito ipotetico (cfr. consid. 3.2). Nel suo giudizio il Tribunale federale ha rilevato come l'insorgente abbia correttamente segnalato che, diversamente dall'assicurazione invalidità, nel campo delle prestazioni complementari le limitazioni estranee all'invalidità sono importanti per valutare se sia ragionevole prendere in considerazione un'attività lucrativa. Se - in particolare con attestazioni di ricerche di lavoro (qualitativamente e quantitativamente sufficienti) non andate a buon fine - viene fornita la prova che il reddito ipotetico computato non può essere realizzato a causa della situazione personale e del mercato del lavoro, la Cassa di compensazione deve riconoscerlo e rinunciare a conteggiarlo. Secondo gli accertamenti vincolanti della prima istanza, per l'Alta Corte la ricorrente non ha presentato delle prove di ricerche di lavoro non andate a buon fine. Allo stesso modo, mancavano altri documenti, come una domanda all'Ufficio regionale di collocamento o un'agenzia temporanea di collocamento, dai quali si dovevano dedurre ricerche di lavoro serie e mirate. L'asserita non utilizzabilità della capacità lavorativa era rimasta non dimostrata. Per il Tribunale federale non era criticabile il fatto che l'autorità di prima istanza si fosse fondata sulla perizia medica

del 16 novembre 2017 per stabilire lo stato di salute e l'incapacità lavorativa, benché la decisione su opposizione della Cassa fosse stata emessa già il 13 dicembre 2016. La situazione medica non era stata sufficientemente chiarita prima della perizia e questa valutazione si riferiva, sia dal profilo temporale che materiale, alla medesima fattispecie che esisteva già a fine 2016. Per quale motivo nella procedura riguardante le PC alla ricorrente si sarebbe dovuto concedere la possibilità di prendere nuovamente posizione sulla perizia medica essa non ha saputo spiegarlo. Ma se non riusciva a rovesciare la presunzione secondo cui con una capacità di guadagno residua del 60% stabilita dall'assicurazione invalidità avrebbe potuto conseguire dei redditi nella misura computata dal TCA giusta l'art. 14a cpv. 2 lett. a OPC-AVS/AI, l'importo apparentemente realistico di Fr. 19'290.- doveva essere preso in considerazione come rinuncia di reddito (cfr. consid. 3.3). 2.10. Il 9 gennaio 2020 (STF 9C\_251/2019 = SVR 2020 EL Nr. 6) la nostra Massima Istanza ha giudicato il caso di un assicurato nato nel 1966 che dal 2010 beneficiava di una mezza rendita di invalidità e il 3 febbraio 2011 gli sono state concesse le prestazioni complementari retroattivamente al 1° gennaio 2010. Nell'ambito di una revisione del diritto alla rendita AI l'assicurato ha fatto valere nel dicembre 2011 un peggioramento delle sue condizioni di salute da inizio 2011. Nel 2015 l'Ufficio AI ha negato un aumento del grado di invalidità, mentre nel 2017 il Tribunale delle assicurazioni sociali del Canton San Gallo ha parzialmente accolto il ricorso attribuendogli tre quarti di rendita di invalidità dal 2011. Successivamente, sulla base della decisione di calcolo dell'Ufficio AI del 24 novembre 2017, tre giorni dopo la Cassa di compensazione ha ricalcolato il diritto alle PC dell'assicurato retroattivamente dal 2011 e dal 2015 gli ha computato un reddito ipotetico da attività lucrativa di Fr. 12'860.-, così pure nel dicembre 2017 per il 1° gennaio 2018. Il TCA ha accolto il ricorso nel marzo 2019 e ha rinviato gli atti alla Cassa di compensazione per una nuova decisione, la quale si è aggravata all'Alta Corte chiedendo che si considerasse un ipotetico reddito da lavoro ai sensi dell'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI. Il Tribunale federale ha ribadito che la presunzione della rinuncia volontaria a un reddito può essere rovesciata fornendo la prova che motivi estranei all'invalidità quali l'età, la carenza di formazione o di conoscenze linguistiche, le circostanze personali o la situazione del mercato del lavoro, rendono troppo difficile o impediscono lo sfruttamento della capacità lavorativa residua (cfr. consid. 5.2). Inoltre, come già statuito nella DTF 141 V 343 consid. 5.7, per quanto riguarda l'incapacità di guadagno causata dall'invalidità, gli organi di esecuzione delle PC e i Tribunali delle assicurazioni sociali devono di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione invalidità. Come giudicato nella DTF 140 V 267 consid. 5.1, questo obbligo è indicato perché gli organi esecutivi delle PC non hanno i requisiti professionali specifici per una valutazione indipendente dell'invalidità e, d'altra parte, è importante evitare che la medesima fattispecie sia valutata in modo diverso dallo stesso punto di vista da istanze diverse. Questo vincolo con la decisione AI è giustificato anche dal fatto che esiste una stretta connessione tra il diritto alle prestazioni dell'assicurazione invalidità e il diritto alle prestazioni complementari (art. 4 cpv. 1 lett. c LPC; DTF 140 V 267 consid. 5.2.2) (cfr. consid. 5.3). Il Tribunale cantonale ha ritenuto che prima dell'emanazione della sua sentenza, l'assicurato si era basato sulle dichiarazioni dello psichiatra curante e poteva quindi presumere di essere al 100% inabile al lavoro. Il TCA ha perciò considerato in queste circostanze, durante la procedura in ambito di assicurazione invalidità, che l'assicurato non poteva essere obbligato a cercare lavoro e quindi è giunto alla conclusione che la Cassa di compensazione aveva erroneamente computato all'assicurato un ipotetico reddito da lavoro a partire dal 1° settembre 2015 (cfr. consid. 6.1).

I primi giudici hanno stabilito che dal 2011 l'assicurato era abile al 40% in attività adeguate (cfr. consid. 7.1). Il TF ha ritenuto corretto quanto affermato dalla Cassa di compensazione, ovvero che il certificato di incapacità lavorativa del medico curante prodotto nella procedura AI non costituisse un motivo estraneo all'invalidità che poteva rovesciare la presunzione legale. La valutazione medica del medico curante si era inserita nella valutazione delle prove da parte dell'autorità giudiziaria in ambito AI ed era quindi parte della procedura di assicurazione invalidità (cfr. consid. 7.2). Per l'Alta Corte è incompatibile con l'obbligo di ridurre il danno valido nel diritto delle assicurazioni sociali non sfruttare, durante la procedura di revisione della rendita AI in corso, la capacità lavorativa residua esistente stabilita dagli organi dell'assicurazione invalidità. Nonostante la pendente procedura di ricorso, l'assicurato deve cercare un posto di lavoro (cfr. consid. 7.3.2). Considerato che non era chiaro se l'assicurato avesse effettuato degli sforzi per cercare lavoro e che ciò non era nemmeno stato da lui fatto valere, la presunzione della rinuncia volontaria non è stata confutata dalle considerazioni dei primi giudici, perciò essi hanno violato il diritto federale non computando un reddito ipotetico dal 1° settembre 2015 (cfr. consid. 7.4).

2.11. Nella STF 9C\_179/2021 dell'8 luglio 2021, l'Alta Corte si è pronunciata sul caso di un assicurato, nato nel 1962, che ha percepito dal 1° novembre 2013 prestazioni complementari in aggiunta al quarto di rendita dell'assicurazione invalidità (grado AI del 47%). Il 2 giugno 2015 la Cassa di compensazione del Canton San Gallo gli ha chiesto di comprovare gli sforzi intrapresi dai coniugi dal 1° febbraio 2015 per trovare lavoro e ha accettato le spiegazioni per gli sforzi di lavoro insufficienti o inadeguati per il passato e ha rinunciato temporaneamente al computo di un ipotetico reddito da lavoro. Allo stesso tempo, ha informato l'assicurato che la coppia avrebbe dovuto continuare a cercare attivamente e intenzionalmente un lavoro. La Cassa di compensazione ha però ritenuto inadeguati gli sforzi compiuti dall'assicurato e da sua moglie e il 6 febbraio 2016, considerato un ipotetico reddito da lavoro, ha deciso che essi non avevano diritto alle prestazioni complementari dal 1° marzo 2016. La Cassa cantonale di compensazione ha sospeso la procedura di opposizione fino alla conclusione dell'istanza dell'aprile 2016 dell'assicurato di revisione della rendita da parte dell'Ufficio AI, che ha svolto accertamenti economici e medici e in data 9 marzo 2018 ha respinto la domanda di aumento della rendita (con grado di invalidità invariato del 47% e una capacità del 65% in un'attività adeguata), decisione che è cresciuta incontestata in giudicato. Il 19 marzo 2019 la Cassa di compensazione ha confermato la decisione del 6 febbraio 2016. Il 16 febbraio 2021 il Tribunale delle assicurazioni del Canton San Gallo ha accolto il ricorso, ha annullato la decisione su opposizione e, dal 1° marzo 2016, ha continuato a concedere all'assicurato una PC mensile di Fr. 2976.-. L'esame del ricorso inoltrato al Tribunale federale dalla Cassa cantonale di compensazione verteva a sapere se il Tribunale delle assicurazioni avesse violato la legge riconoscendo che nessun reddito ipotetico da lavoro doveva essere computato né all'assicurato né a sua moglie dal 1° marzo 2016. Il giudice di primo grado ha sostanzialmente ritenuto che fosse oggettivamente possibile, ma irragionevole, esercitare un'attività lucrativa dal settembre 2015 fino almeno al momento della decisione del 6 febbraio 2016, visto che, stante il sospetto di spondiloartrite assiale, l'assicurato aveva chiesto un aumento della rendita all'Ufficio AI ed era stato ritenuto completamente inabile al lavoro dal suo medico di famiglia. Secondo il Tribunale cantonale, richiedere di sforzarsi di lavorare in questa situazione significherebbe negare l'obbligo di ridurre il danno specifico per le prestazioni complementari nella misura in cui la componente soggettiva sarebbe fondata solo sulla possibilità che un beneficiario PC sia in grado di diminuire il danno

specifico per le prestazioni complementari da un punto di vista puramente oggettivo con l'ottenimento di un reddito da lavoro. Al considerando 3.1 il Tribunale federale ha rilevato che, come affermato correttamente dalla Cassa di compensazione, l'istanza inferiore ha violato la legge federale. Per quanto riguarda l'incapacità di guadagno causata dall'invalidità, gli organi di esecuzione delle PC e i Tribunali delle assicurazioni sociali devono di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione invalidità. Ciò ha determinato un grado di invalidità invariato del 47% con una capacità lavorativa del 65% in un'attività adeguata. La Cassa di compensazione a ragione ha affermato che il divergente certificato di inabilità lavorativa del medico curante non costituisce un motivo estraneo all'invalidità atto a rovesciare la presunzione legale dell'utilizzo della capacità lavorativa residua ed era incompatibile, con l'obbligo di ridurre il danno valido nel diritto delle assicurazioni sociali, non sfruttare la capacità lavorativa residua esistente stabilita dagli organi dell'AI durante la procedura di revisione della rendita AI in corso. Inoltre, il TF ha osservato che il certificato medico menzionava solo una nuova diagnosi sospetta e quindi l'assicurato doveva essere consapevole che la situazione non era (ancora) chiara e che non era opportuno affidarsi al certificato d'inidoneità al lavoro del medico di famiglia. Infine, la Cassa di compensazione ha negato che l'assicurato e sua moglie abbiano dimostrato di non riuscire a trovare un lavoro nonostante gli sforzi sufficienti. Il Tribunale federale ha quindi accolto parzialmente il ricorso e rinviato gli atti al Tribunale cantonale per una nuova decisione, poiché nella sentenza cantonale mancava una concreta valutazione degli sforzi compiuti, tanto che il giudice di primo grado ha sollevato solo marginalmente la questione se il lavoro della moglie dell'assicurato fosse sufficiente (cfr. consid. 3.3). Tutti i principi giurisprudenziali esposti sono stati ribaditi nella recente STF 9C\_376/2021 del 19 gennaio 2022. 2.12. Sul tema del reddito conseguito dalle persone invalide si è pronunciato anche l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali con le Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS e all'AI (DPC), valide dal 1° aprile 2011, stato al 1° gennaio 2022, che concretizzano le norme e la giurisprudenza esposte. Giusta il N. 3424.01 DPC, per principio, alle persone parzialmente invalide è computato come reddito da attività lucrativa l'importo effettivamente guadagnato nel periodo determinante. I N. 3421.05 segg. sono applicabili per analogia. Per il N. 3424.02 DPC, alle persone parzialmente invalide di età inferiore ai 60 anni va tuttavia computato un reddito da attività lucrativa netto minimo, graduato secondo il grado d'invalidità, come dalla tabella prevista all'art. 14a OPC-AVS/AI. Da questo reddito da attività lucrativa netto vanno dedotte la franchigia di cui al N. 3421.09 e, se del caso, le spese per la custodia dei figli che hanno compiuto gli 11 anni di età, conformemente al secondo periodo del N. 3421.05; l'importo rimanente è computato per due terzi. Il N. 3424.03 DPC dispone che, di regola, gli importi indicati al N. 3424.02 non possono essere superati. In particolare, la procedura di fissazione del reddito ipotetico prevista dal N. 3521.04 non è loro applicabile (DTF 141 V 343). Un reddito ipotetico superiore a quello indicato dal N. 3424.02 può essere computato nei seguenti casi (N. 3424.04 DPC): – se il beneficiario PC rinuncia volontariamente a un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile; – se il beneficiario PC rinuncia a un impiego che gli era stato destinato (STF 8C\_655/2007 del 26 giugno 2008, consid. 6); – se il beneficiario PC rifiuta di partecipare a dei provvedimenti d'integrazione (DTF 140 V 267). Il reddito minimo di cui al N. 3424.02 non va computato in due casi (N. 3424.05 DPC): – se l'invalidità di una persona senza attività lucrativa è stata determinata secondo l'articolo 27 OAI; – se la persona invalida lavora in un laboratorio protetto ai sensi dell'articolo 3 capoverso 1 lettera a LIPIn. Giusta il N. 3424.06 DPC, l'art. 14a cpv. 2

OPC-AVS/AI si fonda sulla presunzione legale secondo cui una persona parzialmente invalida è in grado di conseguire il reddito minimo stabilito. L'assicurato può sottrarsi a tale presunzione legale dimostrando che motivi oggettivi e soggettivi estranei all'invalidità gli impediscono o gli rendono difficile il conseguimento di un reddito (DTF 115 V 88 = RCC 1990 pag. 157; RCC 1989 pag. 604). Per il N. 3424.07 DPC, non è computato alcun reddito ipotetico, in particolare, se è adempiuta una delle condizioni seguenti: – l'assicurato non trova lavoro nonostante sforzi sufficienti (questa condizione è considerata adempiuta, se egli si è iscritto presso l'URC per essere collocato e dimostra di aver compiuto sforzi sufficienti, sia a livello qualitativo che quantitativo, per trovare un posto di lavoro); – l'assicurato percepisce indennità dell'assicurazione contro la disoccupazione (STFA P 54/91 del 6 agosto 1992); – il coniuge dell'assicurato dovrebbe essere collocato in un istituto se questi non gli prodigasse assistenza e cure (STFA P 49/98 del 13 settembre 1999); – l'assicurato ha compiuto il 60° anno d'età. Quando un assicurato cui è stato computato un reddito da attività lucrativa ipotetico conformemente all'articolo 14a OPC-AVS/AI compie il 60° anno d'età, il servizio PC deve procedere d'ufficio a una revisione giusta l'art. 17 cpv. 2 LPGa. Le PC sono adeguate a partire dal mese successivo al compimento del 60° anno d'età (N. 3424.08 DPC). Giusta il N. 3424.09 DPC, se al momento della presentazione della richiesta di PC l'assicurato sostiene di non poter esercitare un'attività lucrativa o di non essere in grado di raggiungere l'importo limite, prima di emanare la decisione occorre verificare la correttezza di questa affermazione. All'assicurato può essere chiesto di dettagliarla e dimostrarla. Se l'assicurato non si esprime in tal senso, la decisione può essere presa senza ulteriori formalità (art. 42 LPGa). A norma del N. 3424.10 DPC, se la rendita è sottoposta a revisione in seguito a una modificazione notevole del grado d'invalidità (art. 17 cpv. 1 LPGa), le PC vanno adeguate (retroattivamente) a decorrere dal momento della modificazione (STF 8C\_574/2009 dell'8 giugno 2009; STFA P 43/05 del 25 ottobre 2006). Infine, se le PC versate a un assicurato sono ridotte in seguito al computo di un reddito minimo ai sensi del N. 3424.02, giusta l'art. 25 cpv.

#### **E. 4**

OPC-AVS/AI la riduzione prende effetto sei mesi dopo la notifica della decisione (v. N. 4130.05). La data determinante non è pertanto quella della decisione, ma quella della notifica. Il termine di sei mesi non si applica nei casi in cui le PC sono accordate retroattivamente (N. 3424.11 DPC). 2.13. Nell'evenienza concreta è pacifico che, quando la Cassa cantonale di compensazione ha informato l'assicurata, il 2 dicembre 2021, che le avrebbe computato un reddito ipotetico ai sensi dell'art. 14a cpv. 2 lett. b OPC-AVS/AI se non si fosse annunciata al competente Ufficio regionale di collocamento o se non fossero state date le due possibilità indicate per evitare ciò, l'assicurata non lavorava, benché fosse soltanto parzialmente invalida. Difatti, dal 1° agosto 2005 la ricorrente, riconosciuta come salariata a tempo pieno, è al beneficio di una mezza rendita di invalidità con grado AI del 52% (inabilità lavorativa in attività adatte del 50%), stabilita il 16 maggio 2008 (doc. 6-2/7) dall'Ufficio assicurazione invalidità. La prestazione è in seguito stata confermata mediante decisione del 22 settembre 2010 (doc. 47-1/4), con comunicazione del 25 agosto 2016 (doc. 77-2/3) e da ultimo del 25 ottobre 2021 (doc. 121). In tali circostanze, vi è dunque la presunzione che l'assicurata ha rinunciato a dei redditi ai sensi dell'art. 11a cpv. 1 LPC, come illustrato nelle considerazioni che precedono. L'insorgente può rovesciare questa presunzione, prevista dall'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI, portando la prova che delle circostanze oggettive e soggettive estranee all'invalidità ostacolano o complicano la realizzazione di questo reddito (SVR 2022 EL Nr. 4; STF 9C\_251/2019 consid. 5.2 = SVR

2020 EL Nr. 6; STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019, consid. 4.3; DTF 141 V 343 consid. 3.3; DTF 140 V 267 consid. 2.2). Quali fattori a cui l'assicurazione invalidità non fa capo per stabilire la capacità di guadagno di un assicurato, che sono per contro determinanti in ambito di prestazioni complementari per ribaltare la presunzione della rinuncia di reddito giusta l'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI, la giurisprudenza, come evidenziato, elenca l'età, l'assenza di formazione o le scarse conoscenze linguistiche, le circostanze personali e la situazione del mercato del lavoro. L'assicurato deve apportare la prova che questi fattori impediscono od ostacolano l'utilizzo della restante capacità di guadagno. Con l'emanazione della decisione del 2 febbraio 2022 (docc. 130 e 131) di attribuzione delle prestazioni complementari, la Cassa ha ritenuto che queste circostanze oggettive e soggettive non erano date, perciò ha computato all'assicurata un reddito ipotetico minimo. 2.14. La ricorrente ha comprovato di essersi annunciata il 6 dicembre 2021 all'Ufficio regionale di collocamento come richiestole dalla Cassa cantonale di compensazione il 2 dicembre 2021. In effetti, sia la decisione del 16 dicembre 2021 (doc. 133-14/16) della Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_ sia la conferma di annullamento dal sistema COLSTA del 24 dicembre 2021 (doc. 133-11/16), precisano che l'iscrizione è avvenuta quel giorno. Tuttavia, stante la presentazione dei certificati medici del 2 novembre 2021 (doc. 133-4/16) e del 13 dicembre 2021 (docc. 133-7/16 e 133-9/16) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, del 12 novembre 2021 (doc. 133-2/16), del 13 (doc. 133-6/16) e del 23 dicembre 2021 (doc. 133-5/16) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale, attestanti un'inabilità lavorativa dell'assicurata del 100% dal 1° gennaio 2020, il 16 dicembre 2021 la Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_ ha respinto la sua domanda di indennità di disoccupazione. La Cassa ha evidenziato che durante il termine quadro per il periodo di contribuzione l'assicurata ha beneficiato di una rendita AI del 52%, è stata inabile al lavoro al 100% e non ha svolto alcuna attività salariata. Inoltre, non ha ritenuto esservi dei motivi per l'esenzione dall'adempimento del periodo di contribuzione. A ciò ha fatto seguito, il 24 dicembre 2021, la conferma d'annullamento dal sistema COLSTA per prolungata inabilità al lavoro al 100% resa dall'Ufficio regionale di collocamento di \_\_\_\_\_, che ha indicato che " Abbiamo proceduto all'annullamento a seguito della sua prolungata inabilità al lavoro (100%) e, sulla base delle informazioni attualmente in nostro possesso, la stessa si protrarrà verosimilmente ancora per diverso tempo. ". Per l'assicurata, questi referti medici, quello del 6 maggio 2022 (doc. E) prodotto con il ricorso e la cancellazione della sua iscrizione dalla banca dati COLSTA, costituiscono un valido motivo che le impedisce di svolgere un'attività lucrativa e quindi non le si deve imputare alcun reddito ipotetico dal 1° settembre 2022. Ai disturbi psichici che la rendono una persona particolarmente vulnerabile e con un'organizzazione di personalità piuttosto fragile (doc. E), e alle importanti problematiche alle mani (doc. H), si aggiunge il fatto che non lavora più dal 31 luglio 2002 (doc. C), che è parzialmente invalida da quasi vent'anni, che ha 55 anni e che quindi la sua attrattività professionale è molto limitata. Tutti questi elementi, secondo la ricorrente, le rendono dunque impossibile un collocamento e il conseguimento di un reddito, tanto da non essere stata ritenuta idonea dall'Ufficio regionale di collocamento anche per questione di malattia (docc. F e H), che l'ha esonerata dal cercare un lavoro. 2.15. Nel certificato medico del 12 novembre 2021 (doc. 133-2/6) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale, ha rilevato che l'assicurata presentava delle patologie internistiche e ortopediche che ne limitavano fortemente l'autonomia nelle attività quotidiane. La diagnosi avente influsso a livello fisico era di sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRC) mano destra su stato dopo

intervento per tunnel carpale destro (04.2002), stato dopo escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002), stato dopo algodistrofia dopo intervento al canale carpale destro con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale (2010); sindrome lombovertebrale con piccola protrusione discale e fissurazione L4-L5 mediana-paramediana, non conflitti radicolari, piccola protrusione discale mediana-paramediana L5-S1 senza conflitti radicolari risultanti dalla risonanza magnetica; stato dopo artroscopia diagnostica radiocarpica e mediocarpica polso sinistro con debridement disco triangolare, sinovectomia e debridement legamento scafo-ulnare e shrinking (2014), stato dopo artroscopia diagnostica radiocarpica polso sinistro con debridement disco triangolare, sinovectomia in sede radiocarpica (2013). Come medico di famiglia, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha oggettivato un peggioramento della condizione fisica dell'assicurata, della mobilità e della forza delle mani. Il 2 novembre 2021 (doc. 133-4/6) la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, ha diagnosticato un episodio depressivo di media gravità (ICD-10: F32.1) e una sindrome da attacchi di panico (ICD-10: F41.0), che portavano l'assicurata ad essere in terapia con colloqui clinici regolari e con una terapia farmacologica a base di Duloxetina 90 mg/die, Redormin cp 50 mg 1cp/die e Benzodiazepine al bisogno. Nonostante queste terapie, la curante ha indicato che l'interessata era soggetta a periodiche recrudescenze della sintomatologia, soprattutto di fronte a stress anche di modesta entità: il solo fatto di doversi allontanare da casa per recarsi in posti poco conosciuti le creava una grande quota ansiosa che riusciva a gestire solo con l'aiuto dei familiari che l'accompagnavano e la sostenevano in tali situazioni. La consapevolezza di questo deficit di autonomia contribuiva ad aggravare il malessere psicologico creando un circolo vizioso difficile da interrompere e che richiedeva un impegnativo lavoro terapeutico. Su apposito certificato medico dell'assicurazione contro la disoccupazione, il 13 dicembre 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 133-6/16) e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (doc. 133-9/16) hanno attestato che l'assicurata era inabile al lavoro al 100% dal 1° gennaio 2020 fino a quel momento e che dal 14 dicembre 2021 era inabile al lavoro al 100% presumibilmente in modo duraturo. La psichiatra ha altresì precisato, nel rapporto di pari data (doc. 133-7/16), che i problemi psichici dell'interessata erano in peggioramento da tempo, nonostante fosse stata introdotta una terapia farmacologica antidepressiva e ansiolitica, successivamente potenziata ed affiancata a regolari colloqui di sostegno psicologico. Oltre alla terapia già in atto, recentemente era stata maturata la decisione introdurre Pregabalin, in fase di titolazione, per cercare di ottenere un miglior controllo della sintomatologia ansiosa la quale si acuiva in situazioni nuove e in posti non familiari, tanto da richiedere il sostegno dei parenti per affrontarli. I sintomi descritti si inserivano in un'organizzazione di personalità fragile, al limite, e in quanto tale poco attrezzata con risorse e strumenti che le permettevano di fare fronte a questo tipo di difficoltà e adattarsi ai cambiamenti. L'equilibrio psichico dell'assicurata era fragile e necessitava di sostegno psicologico, oltre che farmacologico e veniva facilmente compromesso anche di fronte a stimoli di modesta entità che acuivano la sintomatologia ansiosa e richiedevano un impegno anche da parte dei familiari per essere gestiti. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto un referto medico recente, reso il 5 maggio 2022 (doc. E) dalla stessa psichiatra curante, la quale ha precisato di seguire l'interessata da anni a causa di una sintomatologia ansioso depressiva, che si acutizzava in alcune situazioni particolari e periodi dell'anno. Il quadro clinico era caratterizzato da umore deflesso, apatia, anergia, rialzi della quota ansiosa e disturbi del riposo notturno, che in quel periodo era reattivo ad alcuni eventi della vita particolarmente stressanti. In particolare, a seguito del decesso della

madre avvenuto nel 2018, sono aumentate le sue difficoltà ad uscire di casa da sola, tanto da impedirle di recarsi autonomamente in luoghi distanti da casa o non ben conosciuti. Da quel momento la presa a carico è proseguita con fasi alterne ed è stata caratterizzata da alcune oscillazioni del tono dell'umore e della quota ansiosa, gestibili con sostegno psicologico regolare e fitoterapia. Nel corso dell'estate 2020, invece, la situazione è andata progressivamente peggiorando, fino a determinare un quadro clinico caratterizzato da umore francamente deflesso, labilità emotiva, perdita di interesse anche per attività fino a quel momento piacevoli, anergia, scarsa autostima, affievolimento dell'istinto vitale, crisi di ansia. Si erano inoltre intensificate le sue difficoltà ad uscire di casa soprattutto per recarsi in luoghi poco conosciuti. Da quel momento si è resa necessaria una terapia farmacologica, che è stata incrementata nel corso del tempo per riuscire ad arginare e contenere la sintomatologia, spesso invalidante. Secondo la psichiatra curante, l'assicurata aveva un'organizzazione di personalità piuttosto fragile, che la rendeva particolarmente vulnerabile agli stress e questa condizione era andata peggiorando nel corso degli anni fino a cronicizzarsi, stabilizzandosi ad un livello che comprometteva in maniera marcata il suo funzionamento. A ciò andavano aggiunti i problemi fisici di cui soffriva che inficiavano ulteriormente la sua situazione. Per questi motivi, la psichiatra ha ritenuto che l'abilità lavorativa fosse gravemente compromessa e che, a questo proposito, la prognosi fosse negativa; non riteneva dunque possibile una ripresa della capacità al lavoro almeno nel medio periodo. La diagnosi era di sindrome depressiva ricorrente con episodi di media gravità (ICD-10: F33.1) e di agorafobia (ICD-10: F40.0). La terapia prescritta era di Cymbalta cp 60 mg: 1-0-0-0, Cymbalta cp 30 mg: 1-0-0-0, Pregabalin 50 mg: 1-0-0-1, Trittico cp 50 mg: 0-0-0-1. 2.16. Eccetto per il più recente certificato medico agli atti, i precedenti citati, presenti nell'incarto della Cassa, si riferiscono alla procedura riguardante l'assegno per grandi invalidi dell'AI richiesto il 17 agosto 2021 da RI 1. L'Ufficio AI, interpellato il Servizio medico regionale - per il quale dal lato medico l'assicurata non presentava delle limitazioni funzionali tali da rendere verosimile un bisogno d'aiuto regolare -, con decisione del 18 ottobre 2021 ha rifiutato il diritto all'AGI. Con ricorso del 12 novembre 2021 al TCA l'assicurata ha postulato l'annullamento e la trasmissione dell'incarto all'amministrazione per nuovi accertamenti medici e l'esecuzione di un'indagine a domicilio. In via subordinata, la concessione di un assegno per grandi invalidi. La ricorrente ha sostenuto che il suo stato di salute fosse peggiorato e ha rimproverato in sostanza l'Ufficio AI di non aver tenuto conto di quanto allegato dai curanti; essa ha prodotto nuove certificazioni mediche oltre a dichiarazioni scritte della ricorrente, di sua figlia e del suo convivente che comproverebbero la necessità di aiuto per lo svolgimento di alcuni atti ordinari della vita e dell'accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana. Al considerando 2.8 alle pagine 24 e 26 della STCA 32.2021.124 del 25 aprile 2022, questo Tribunale si è così espresso: "(...) Vista quindi anche l'insistenza con cui non solo l'assicurata, ma anche i curanti, hanno, in corso di procedura amministrativa e in questa sede, ribadito la sussistenza di limitazioni tali da ostacolare il normale esercizio degli atti ordinari della vita, considerato come quanto nuovamente osservato dal medico SMR (per il quale la documentazione inviata dai medici curanti non apportava nuovi elementi tali da modificare quanto già concluso; cfr. Annotazione del 20 gennaio 2022, doc. X/1; cfr. in esteso al consid. 2.7) non permette di dissipare i dubbi circa il completo ed esaustivo accertamento della fattispecie, non si può prescindere dal rinvio degli atti all'amministrazione. Le varie limitazioni elencate dall'assicurata dovranno quindi essere oggetto di opportuna e completa valutazione medica e in sede di accertamento sul posto.

(...) Riassumendo e concludendo, visto quanto precede, tenuto conto delle specifiche e concrete indicazioni fornite in sede di domanda e procedura amministrativa, l'Ufficio AI, onde addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio circa l'esistenza delle premesse per il riconoscimento di una grande invalidità, oltre ad eventuali ulteriori accertamenti medici, avrebbe dovuto procedere, con l'ausilio di persona qualificata (assistente sociale) a conoscenza del contesto in cui l'assicurata vive, ad un accertamento sul posto finalizzato ad una concreta verifica dell'attendibilità e la pertinenza delle circostanze addotte a sostegno della richiesta (sull'importanza, per la valutazione della grande invalidità, di un siffatto accertamento e della sua stretta connessione con la valutazione medica cfr. DTF 130 V 61). Del resto, come precisato alle dianzi citate cifre marg. 1058, 8130 e 8131 CIGI, un siffatto accertamento sul posto si rende di principio sempre necessario quando si tratta - come nella presente fattispecie - di una prima domanda volta all'ottenimento di un assegno per grandi invalidi.". Da quanto precede risulta chiaramente che l'accertamento ritenuto necessario dal Tribunale si riferisce alla domanda di assegno per grandi invalidi e non ha nulla a che vedere con la rendita di invalidità di cui l'assicurata beneficia dal 2005, unico elemento determinante in ambito di prestazioni complementari. Non va infatti dimenticato che per quanto riguarda l'incapacità di guadagno causata dall'invalidità, le Casse cantonali di compensazione e i Tribunali delle assicurazioni sociali devono di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione invalidità (DTF 141 V 343 consid. 5.7). Il diritto all'assegno per grandi invalidi e il diritto alla rendita di invalidità si prefiggono degli scopi diversi e poggiano su condizioni differenti. Secondo l'art. 9 LPGA, è considerato grande invalido colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita, che sono: vestirsi/svestirsi, alzarsi/ sedersi/coricarsi, mangiare, provvedere all'igiene personale (cura del corpo), andare al gabinetto (espletare i propri bisogni corporali), spostarsi (in casa e all'esterno) e stabilire contatti sociali (DTF 127 V 97). Per l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 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 ad 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. 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%. 2.17. Considerato che la situazione valetudinaria dell'assicurata è stata recentemente valutata dall'Ufficio assicurazione invalidità, che il 25 ottobre 2021 ha confermato il grado di invalidità del 52% stabilito il 16 maggio 2008 (inabile in misura completa nella sua professione di telefonista, ma abile nella misura del 50% in attività adeguate) e la continuazione del riconoscimento della medesima mezza rendita di invalidità, nel caso concreto, la scrivente Corte è vincolata, per le condizioni di salute e la capacità di guadagno della ricorrente, a questa valutazione dell'invalidità effettuata dal preposto Ufficio AI. Se l'insorgente ritiene esservi stato un peggioramento del suo stato di salute, dal profilo fisico e/o psichico, che avrebbe

compromesso la sua capacità lavorativa e di guadagno - e non la sua capacità a svolgere gli atti ordinari della vita, che non ha alcuna attinenza con il diritto alle prestazioni complementari -, doveva farlo valere in occasione della revisione della sua rendita di invalidità condotta dall'Ufficio AI nel corso del 2021. D'altronde, è la stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ che ha affermato che è nell'estate 2020 che v'è stato un progressivo peggioramento del quadro clinico, perciò a quel momento l'assicurata poteva e doveva informarne il competente Ufficio AI, che avrebbe poi tratto le sue conseguenze. In effetti, recentemente è stata emanata la comunicazione di conferma del diritto alla mezza rendita di invalidità e ciò significa che o queste o altre attestazioni non sono state trasmesse all'Ufficio AI o che detto Ufficio le ha valutate e non ha ritenuto essere sufficienti per modificare il diritto alla mezza rendita con grado AI del 52%. Inoltre, l'insorgente ha fatto valere un peggioramento del suo stato di salute indicando di essere totalmente inabile al lavoro dal 1° gennaio 2020, circostanza certificata dai suoi curanti nell'ambito dell'iscrizione alla disoccupazione. Tuttavia, questa condizione di totale inabilità lavorativa della ricorrente era già stata comprovata durante l'istruttoria in ambito di assicurazione invalidità, tanto che, come telefonista e segretaria, lo stesso Ufficio AI l'ha ritenuta inabile al lavoro al 100%. Tuttavia, nello svolgere altre attività adeguate, l'interessata è stata considerata capace in ragione del 50% ed è questa capacità lavorativa residua che ha portato al grado del 52% di invalidità (STCA 32.2021.124 del 25 aprile 2022) e che è determinante in ambito di prestazioni complementari per sapere se è esigibile dall'assicurata parzialmente invalida che metta a frutto queste sue restanti risorse e consegua un reddito da lavoro. Non va però dimenticato che è unicamente se l'assicurato parzialmente invalido invoca una modifica del suo stato di salute intervenuta dopo la crescita in giudicato della decisione AI, ma prima della decisione sul diritto alle prestazioni complementari, che le Casse cantonali di compensazione, fondandosi sul grado della verosimiglianza preponderante, devono autonomamente valutare lo stato di salute dell'assicurato (STF 9C\_827/2018 del 20 marzo 2019 consid. 6.1). Di conseguenza, considerato che è solo con il presente ricorso che l'assicurata ha apportato specifici documenti medici attestanti un presunto ulteriore peggioramento della sua capacità lavorativa, la stessa non può essere indagata autonomamente nella presente sede. Infatti, semmai, un peggioramento va fatto valere davanti all'autorità competente, e meglio all'Ufficio assicurazione invalidità. In tali circostanze, quindi, nemmeno a seguito dei nuovi referti medici recenti prodotti con il ricorso si può concludere che la Cassa si sia erroneamente affidata alle valutazioni dell'Ufficio AI. D'altronde, come tali queste valutazioni non sono state impugnate dall'interessata ed in questa sede essa nemmeno ha fatto valere che, rispetto alle conclusioni tratte il 25 ottobre 2021 dall'Ufficio assicurazione invalidità, vi sia stato un notevole peggioramento delle sue condizioni di salute tanto da avere chiesto la revisione del suo diritto alla rendita AI. Peraltro, i certificati di incapacità lavorativa totale resi dai medici curanti il 13 dicembre 2021, allestiti sul modello di certificato medico dell'assicurazione contro la disoccupazione, indicano soltanto che l'assicurata è interamente incapace di lavorare e non contengono, siccome non predisposti all'uopo, una diagnosi. Inoltre, i referti dei dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ del 2021 nemmeno si pronunciano sul grado di inabilità lavorativa dell'assicurata, visto che sono stati stilati nell'ambito della procedura concernente la richiesta dell'assegno per grandi invalidi. Simili certificati medici non stabiliscono quindi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6), l'esistenza di una incapacità di lavoro totale, anche in attività adeguate, che giustifica di fare astrazione dal computo di un reddito ipotetico nel calcolo

delle prestazioni complementari (STF 8C\_722/2007 del 17 luglio 2008, consid. 3.3; STF 8C\_68/2007 del 14 marzo 2008, consid. 5.3). Di conseguenza, conformemente alla giurisprudenza esposta, questi referti medici non comprovano il sussistere di un motivo estraneo all'invalidità che è in grado di rovesciare la presunzione legale del computo di un reddito ipotetico. Infatti, la valutazione dei certificati dei medici curanti spetta all'Ufficio AI e, in assenza di una domanda di revisione inoltratagli per un presunto peggioramento, il TCA, come la Cassa di compensazione, non si può scostare dal ritenere il grado di invalidità del 52% stabilito dalla competente autorità in materia. Pertanto, per le prestazioni complementari, i certificati medici agli atti non hanno valore probatorio (citare STF 9C\_179/2021 dell'8 luglio 2021 e STF 9C\_251/2019 del 9 gennaio 2020). 2.18. Lo stato di salute non è il solo criterio decisivo per esaminare se si può esigere dall'assicurato che eserciti un'attività lucrativa e, in tal caso, per fissare il salario che potrebbe conseguire facendo prova di buona volontà. Occorre verificare gli altri criteri posti dalla giurisprudenza (citata STF 8C\_68/2007, consid. 5.4). Le Casse di compensazione devono infatti analizzare gli aspetti estranei all'invalidità, come l'età, la scarsa formazione, le conoscenze linguistiche insufficienti e il mercato del lavoro concreto, che impediscono di mettere a frutto la capacità lavorativa residua. Nel caso in esame, con il ricorso l'assicurata ha osservato di avere 55 anni, di essere assente dal mondo del lavoro dal 2002 (doc. C) e di beneficiare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni, perciò trovare un posto di lavoro risulterebbe molto difficile. L'Ufficio regionale di collocamento e la Cassa di disoccupazione, a dire dell'insorgente, l'hanno correttamente definita non collocabile nel mercato del lavoro. In materia di computo di reddito ipotetico per le prestazioni complementari occorre disporre della prova che, a causa di circostanze personali e della situazione concreta del mercato del lavoro, per l'assicurata era difficoltoso o impossibile realizzare un reddito da lavoro. L'assicurata si è annunciata il 6 dicembre 2021 all'Ufficio regionale di collocamento dando la propria disponibilità a lavorare, ma poco dopo ha anche prodotto dei certificati medici attestanti che da tempo non era abile al lavoro. L'URC non ha quindi potuto far altro che cancellare il 24 dicembre 2021 l'interessata dalla banca dati COLSTA per prolungata inabilità lavorativa del 100%, con conseguente disiscrizione dall'Ufficio regionale di collocamento quale persona in cerca di un impiego stante la non idoneità al collocamento. In sostanza, quindi, malgrado la comunicazione appena giunta dall'Ufficio AI che il suo grado di invalidità era (solo) del 52%, dichiarandosi soggettivamente non idonea a lavorare (l'art. 15 cpv. 1 LADI recita che " Il disoccupato è idoneo al collocamento se è disposto, capace e autorizzato ad accettare un'occupazione adeguata e a partecipare a provvedimenti di reintegrazione . ") la ricorrente non ha intrapreso delle ricerche di lavoro e neppure si è annunciata presso un'agenzia temporanea di collocamento. In altre parole, l'interessata ha violato il principio valido nelle assicurazioni sociali dell'obbligo di ridurre il danno, avendo da subito rifiutato di svolgere un'attività lucrativa e di mettersi a disposizione dell'Ufficio regionale di collocamento per un impiego compatibile con lo stato di salute appena accertato dall'Ufficio AI. A ben vedere, infatti, alla luce della recente conferma del diritto alla mezza rendita AI, a quel momento non v'erano validi motivi per ritenere l'assicurata non idonea al collocamento dal profilo oggettivo (per l'art. 15 cpv. 2 LADI, " Gli impediti fisici o psichici sono considerati idonei al collocamento se, in condizione equilibrate del mercato del lavoro e tenuto conto della loro infermità, potrebbe essere loro assegnata un'occupazione adeguata. Il Consiglio federale disciplina il coordinamento con l'assicurazione per l'invalidità . "). Da ciò discende che non essendo già soggettivamente disposta a cercare un'attività lucrativa visto che ha sostenuto, e poi comprovato, di essere

inabile al lavoro al 100%, la ricorrente non ha saputo dimostrare che sussistevano dei motivi oggettivi e soggettivi estranei all'invalidità. L'età, l'assenza dal mondo del lavoro da un ventennio, le circostanze personali o la situazione del mercato del lavoro, non rendono difficile o impossibile per l'insorgente utilizzare la restante capacità di guadagno e quindi potere conseguire un reddito da attività lucrativa. La cancellazione dal sistema COLSTA ha comportato che non si possono dedurre gli sforzi che l'assicurata avrebbe dovuto effettuare per trovare un impiego se fosse rimasta registrata. Infatti, come indicato dal N. 3424.07 DPC, una condizione affinché non sia computato alcun reddito ipotetico richiede che l'assicurata non trovi lavoro nonostante sforzi sufficienti, condizione che è ritenuta adempiuta se l'assicurata si è iscritta all'URC per essere collocata e dimostra di avere inviato candidature di lavoro secondo il numero prescritto dall'Ufficio regionale di collocamento e di qualità sufficiente. In specie, il fatto di essere stata cancellata dall'URC attesta già la sua inidoneità al collocamento - che è stata anticipata dalla Cassa di disoccupazione il 16 dicembre 2021 - e quindi l'impossibilità di comprovare di avere attivamente cercato un lavoro in modo quantitativamente e qualitativamente sufficiente. Per un disoccupato sono considerate sufficienti da dieci a dodici domande di lavoro al mese (STF 9C\_376/2021 del 19 gennaio 2022, consid. 4.3.3; DTF 141 V 365 consid. 4.1). L'iscrizione all'Ufficio regionale di collocamento comporta dei doveri a cui, nel caso concreto, l'interessata non ha dato seguito stante la quasi immediata inidoneità al collocamento fondata sull'inabilità al lavoro che si sarebbe protratta per lungo tempo, impedendole così di fatto di cercare un posto di lavoro secondo quanto prescritto dall'URC. D'altronde, l'insorgente nemmeno ha presentato prove di ricerche di lavoro non andate a buon fine durante il breve periodo in cui è stata iscritta all'Ufficio regionale di collocamento. Non basta, quindi, essere stata iscritta all'URC per concludere di avere ottemperato ai propri obblighi in ambito di prestazioni complementari per evitare il computo di un reddito ipotetico. Alla ricorrente nemmeno viene in aiuto la circostanza che siano state delle autorità competenti in materia, l'Ufficio regionale di collocamento e la Cassa di disoccupazione, a considerarla inidonea al collocamento. La non collocabilità dal 6 dicembre 2021 fa infatti sì che l'interessata, malgrado la sua invalidità parziale del 52%, ad oggi non possa rovesciare la presunzione del conseguimento di un reddito ipotetico sulla base dell'art. 14a OPC-AVS/AI. In effetti, non avendo effettuato ricerche di lavoro tra l'inizio della disoccupazione (6 dicembre 2021) e la conferma dell'annullamento dal sistema COLSTA (24 dicembre 2021) e non avendo percepito, in conseguenza alla sua decretata inidoneità al collocamento retroattivamente al 6 dicembre 2021, neppure indennità di disoccupazione (N. 3424.07 DPC), l'assicurata non è riuscita a dimostrare di avere fatto tutti gli sforzi possibili per mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua del 50% e reinserirsi nel mondo del lavoro. Non ha dunque comprovato che non ha volutamente rinunciato a conseguire un reddito da lavoro. Per contro, in tal modo, l'asserita non utilizzabilità della sua capacità lavorativa residua per motivi personali, sociali, professionali e sanitari è rimasta perciò non dimostrata e l'affermazione che sussistono fattori soggettivi e oggettivi estranei all'invalidità, quali l'età e la lunga assenza dal mondo del lavoro, che la ostacolano nella ricerca di un'attività lucrativa, rimane una semplice dichiarazione di parte. Non va dimenticato che se l'assicurazione invalidità, per determinare il grado di invalidità, si riferisce al mercato equilibrato del lavoro, nel campo delle PC si deve fare riferimento alle circostanze effettive non solo dell'assicurata, ma anche del mercato del lavoro. Infatti, se è comprovato che, a causa delle condizioni personali e del concreto mercato del lavoro, non è possibile realizzare il reddito ipotetico computato, la Cassa di compensazione deve riconoscerlo e

stralciare questo importo (DTF 140 V 267 = SVR 2014 EL Nr. 11 consid. 5.3). 2.19. Da quanto precede discende che i vari certificati di inabilità al lavoro del 100% presentati all'Ufficio regionale di collocamento e alla Cassa di compensazione, nonché il successivo referto del 2022 prodotto con il ricorso, non erano idonei, dal profilo del diritto alle prestazioni complementari, ad esonerare l'assicurata dall'obbligo di ridurre il danno e quindi dal mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua del 50% in attività adeguate per conseguire un reddito da lavoro. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Il TCA rileva inoltre che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la costante giurisprudenza federale ribadita nella recente STF 8C\_186/2017 del 1° settembre 2017, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF I 472/06 consid. 2 del 21 agosto 2007; DTF 124 V 90 consid. 6; DTF 122 V 47). È quindi necessario che il ricorrente chieda al Tribunale esplicitamente e in maniera chiara di indire un pubblico dibattimento (DTF 136 I 279 consid. 1). Essendo la fattispecie già sufficientemente chiarita sulla base degli atti all'incanto, non è necessario procedere con le audizioni dei dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_ così come richieste dalla ricorrente l'8 luglio 2022 (doc. IX). Tali audizioni non possono portare a modificare la conclusione secondo cui l'assicurata doveva mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua del 50% in attività adeguate visto che solo pochi mesi prima dell'invio della lettera del 2 dicembre 2021 di annunciarsi alla disoccupazione l'autorità competente in materia aveva confermato il grado di invalidità del 52%. Semmai, occorre ribadirlo, è all'Ufficio assicurazione invalidità che la ricorrente dovrà fare presente un presunto peggioramento delle condizioni di salute. Inoltre, l'assicurata non è riuscita ad oggi a dimostrare che motivi oggettivi e soggettivi estranei all'invalidità le hanno impedito o le hanno reso difficile il conseguimento di un reddito. Essa non è perciò riuscita a rovesciare la presunzione legale dell'art. 14a cpv. 2 OPC-AVS/AI secondo cui, benché parzialmente invalida, poteva ancora esercitare un'attività lucrativa e conseguire il reddito minimo stabilito. Sulla scorta delle considerazioni esposte, la presunzione di rinuncia volontaria di un reddito ai sensi dell'art. 11a cpv. 1 LPC non è stata dunque confutata dall'insorgente e quindi la Cassa cantonale di compensazione non ha violato la legge federale computando all'insorgente un reddito ipotetico da lavoro giusta l'art. 14a cpv. 2 lett. b OPC-AVS/AI. Oltretutto, la Cassa di compensazione conterà all'assicurata dal 1° settembre 2022 un reddito da lavoro ipotetico solo dopo averla correttamente informata con lettera del 2 dicembre 2021 che

doveva cercare un posto di lavoro (STF 9C\_251/2019 del 9 gennaio 2020, consid. 7.3.3) annunciandosi all'Ufficio regionale di collocamento entro 20 giorni, affinché fosse valutata la possibilità di trovare un'attività lucrativa adeguata. 2.20. Ne discende che fra le entrate dell'insorgente a giusta ragione dal 1° settembre 2022 sarà considerato un reddito ipotetico da lavoro di Fr. 19'610.-, pari al fabbisogno per persona sola valido nel 2022. Trattandosi di un reddito privilegiato è stato poi correttamente considerato l'ammontare indicato di Fr. 12'073.- ([Fr. 19'610 - Fr. 1'500] x 2/3), come risulta dai fogli di calcolo allegati alla decisione del 2 febbraio 2022 (doc. 131). Sulla scorta delle considerazioni esposte, la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso va respinto. L'emanazione della presente sentenza rende priva di oggetto la domanda di conferimento dell'effetto sospensivo formulata dalla ricorrente (STF 9C\_887/2017 del 7 giugno 2018 consid. 5; STF 9C\_711/2016 e 9C\_716/2016 del 9 maggio 2017, consid. 12 non pubblicato in DTF 143 V 130). Portando il ricorso sulla richiesta di prestazioni complementari, il legislatore non ha previsto di prelevare delle spese (art. 61 lett. f bis LPGA). Sul tema, cfr. anche STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo, cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019*, in: SZS/RSAS 2/2022 pag. 107). 2.21. Con il ricorso l'assicurata ha postulato l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio producendo la documentazione a comprova della sua indigenza (docc. I, VI/bis, L). 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, alla luce delle considerazioni esposte, a una prima valutazione della tematica in esame il ricorso era, sin dall'inizio, sprovvisto di esito favorevole. Infatti, in presenza della recente conferma di un'invalidità parziale e dell'immediata cancellazione dal sistema COLSTA, l'assicurata non si è adoperata per cercare un'occupazione e per mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa. Non si poteva dunque prescindere dall'applicare l'art. 14a OPC-AVS/AI. Facendo difetto una delle tre condizioni cumulative preposte alla concessione dell'assistenza giudiziaria, l'istanza va quindi respinta.

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