

TI_GERICHTE 32.2017.77 vom 29. März 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-03-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.77

FR: TI_GERICHTE 32.2017.77 du 29 mars 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.77 del 29 marzo 2017

Regeste

Restituzione di rendite percepite indebitamente. Sono dati i presupposti (nuovi fatti, nuovi mezzi di prova, errore manifesto la cui modifica è importante) per revisione e riconsiderazione della decisione di attribuzione rendita. No a sospensione causa TCA in attesa di esito procedimento penale pendente

Erwägungen

E. 42

consid. 2b). 2.2. Per l'art. 53 cpv. 1 LPGA, le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Per il cpv. 2, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Dalla riconsiderazione (o riesame) va dunque distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che, in ambito di restituzione delle prestazioni, i principi applicabili al diritto precedentemente in vigore sono ancora attuali (STFA K 147/03 del 12 marzo 2004 = DTF 130 V 318). Per analogia con la revisione processuale delle decisioni emanate dalle autorità giudiziarie, l'amministrazione è tenuta a procedere alla revisione di una decisione formalmente cresciuta in giudicato quando sono scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (DTF 129 V 110, DTF 126 V 42 consid. 2b con rinvii; STFA C 191/02 del 15 luglio 2003; STFA I 339/01 del 29 novembre 2002). La nozione di fatti o mezzi di prova nuovi si apprezza allo stesso modo in caso di revisione (processuale) di una decisione amministrativa (art. 53 cpv. 1 LPGA), di revisione di un giudizio cantonale (art. 61 lett. i LPGA) o di revisione di una sentenza fondata sull'art. 137 lett. b OG (Plädoyer 2007/1 pag. 62 [sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 642/04 del 6 dicembre 2005]). Sono nuovi ai sensi di queste disposizioni solo i fatti già esistenti all'epoca della procedura precedente, ma che non erano stati allegati poiché non ancora noti nonostante tutta la diligenza del caso; i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati, non vanno invece considerati e non possono quindi fondare una domanda di revisione (DTF 121 IV 317 consid. 2 pag. 321; 118 II 199 consid. 5 pag. 204; 110 V 138 consid. 2 pag. 141; 108 V 170 consid. 1 pag. 171; Elisabeth Escher, Revision und Erläuterung, in: Thomas Geiser/Peter Münch [a cura di], Prozessieren vor Bundesgericht, 2a ed., Basilea e Francoforte 1998, n. 8.21; René A. Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungs-rechtsprechung, Ergänzungsband, Basilea e Francoforte 1990, n. 43 B I c, pag. 132). I fatti nuovi devono inoltre essere rilevanti, vale a

dire devono essere di natura tale da modificare la fattispecie alla base della sentenza contestata e da condurre a un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto. Per quanto concerne i nuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Non basta pertanto che in una nuova perizia siano apprezzati in modo diverso i fatti; occorrono invece elementi di fatto nuovi, dai quali risulti che il fondamento della pronuncia impugnata presentava difetti oggettivi. Per giustificare la revisione di una sentenza non basta che, dalla fattispecie conosciuta al momento dell'emanazione della pronuncia principale, il perito tragga, ulteriormente, conclusioni diverse da quelle del tribunale. Neppure costituisce motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti all'epoca del procedimento principale.

L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358, 110 V 138 consid. 2 pag. 141, 291 consid. 2a pag. 293, 108 V 170 consid. 1 pag. 171; cfr. pure DTF 118 II 199 consid. 5 pag. 205). L'amministrazione può riconsiderare una decisione passata formalmente in giudicato e sulla quale un'autorità giudiziaria non si è pronunciata nel merito, a condizione che sia senza dubbio errata e la sua rettifica rivesta un'importanza notevole. Questi principi sono pure applicabili nel caso in cui delle prestazioni siano state accordate senza essere state oggetto di una decisione formale se il loro versamento ha comunque validamente esplicito effetti giuridici (DTF 129 V 110, DTF 126 V 23 consid. 4b, DTF 126 V 46 consid. 2b, DTF 126 V 400 consid. 2b/a; STFA C 24/02 dell'11 febbraio 2004). Una decisione è stata ad esempio considerata senza dubbio errata a seguito di calcolo illegale di una rendita, in conseguenza ad una valutazione errata dell'invalidità per l'applicazione errata di principi fondamentali (DTF 119 V 483 consid. 3; DTF 110 V 179). L'irregolarità deve essere manifesta. Il Tribunale federale ha precisato (STF 8C_ 883/2008 del 31 marzo 2009, consid. 4.1.2): " In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (cfr. sentenza 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1 con riferimenti)". Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale (STF 9C_862/2010 del 18 gennaio 2012; STF 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011, consid. 6.1), la riconsiderazione non è tuttavia ammissibile se la decisione è stata oggetto di controllo giudiziale nel merito (DTF 127 V 466 consid. 2c). Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione in quanto manifestamente erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in considerazione la prassi allora in vigore (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti), tenuto conto del fatto che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag.

17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, non è possibile procedere ad un riesame (cfr. sentenza 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1 con riferimenti). Occorre inoltre precisare che il Tribunale non può obbligare l'amministrazione ad entrare nel merito di una tale richiesta, come è del resto espressamente previsto all'art. 53 LPGA, poiché non esiste un diritto alla riconsiderazione di una decisione cresciuta in giudicato (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 3.1; STF U 403/06 del 9 ottobre 2007, consid. 8; DTF 133 V 50 consid. 4.1 pag. 52, 127 V 466 consid. 2c; 106 V 78 consid. 2 pag. 79). Secondo la dottrina tuttavia la decisione di procedere o meno in tal senso deve rispettare il principio dell'uguaglianza di trattamento e non essere arbitraria (Kieser, ATSG-Kommentar, 2003, n. 22 ad art. 53). L'amministrazione non è tenuta a riconsiderare una decisione, poiché essa ha unicamente la facoltà di procedere a un simile riesame nella misura in cui sono soddisfatte determinate condizioni; per contro né l'assicurato né il giudice possono obbligarla a un tale passo (STF 8C_257/2011 del 14 giugno 2011, consid. 4; STF 8C_302/2007 del 4 agosto 2008, consid. 3; STF H 223/06 del 17 gennaio 2008, consid. 5; citata STF U 403/06, consid. 8; STF I 309/06 del 20 aprile 2007, consid. 3; DTF 133 V 50 consid. 4.1). Nella menzionata DTF 133 V 50, al considerando 4.2.2 il Tribunale federale ha pure statuito che una decisione con cui l'amministrazione rifiuta di entrare nel merito di una domanda di riesame non è impugnabile tramite la procedura di opposizione, in quanto una domanda di riconsiderazione può essere in ogni caso ripresentata in ogni tempo (citata STF U 403/06, consid.8). 2.3 . In concreto, con decisione del 1° novembre 2012 (doc. 58) l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una rendita temporanea intera di invalidità (grado AI 80%) trascorso un anno di attesa dall'inizio dell'incapacità lavorativa e fino a quando egli ha riacquisito la piena capacità nella sua consueta attività lavorativa. In pratica, il diritto decorreva dal 1° ottobre 2009, ma con versamento limitato dal 1° agosto 2011 al 29 febbraio 2012 a causa della domanda tardiva formulata dall'interessato. Il 31 dicembre 2015 l'amministrazione ha ricevuto dal Ministero pubblico la documentazione che la giurista dell'Ufficio AI aveva compulsato alcuni giorni prima dall'intero incarto penale raccolto dagli inquirenti nell'ambito del procedimento aperto nei confronti dell'assicurato per ipotesi di reato di truffa, falsità in documenti, infrazione alla LAVS e alla LADI. L'amministrazione ha quindi interpellato il Servizio Medico Regionale per sapere se le informazioni acquisite – 12 atti citati nel documento 60 e consistenti essenzialmente in verbali di interrogatorio - erano idonee a modificare le inabilità lavorative sancite nei rapporti SMR del 9 agosto 2011 e del 24 aprile 2012. Il 29 febbraio 2016 (doc. 61) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha risposto che non emergeva dalla documentazione medica alcuna indicazione che l'assicurato avesse mai sofferto di un disturbo psichiatrico maggiore. I disturbi presentati non rendevano verosimili dei periodi di inabilità lavorativa per motivi psichiatrici. Basandosi su queste conclusioni l'amministrazione ha emesso il 16 marzo 2016 (doc. 62) un progetto di decisione di riesame della decisione del 1° novembre 2012 con contestuale ordine di restituzione delle prestazioni versate dal 1° agosto 2011 al 29 febbraio 2012, a motivo che dal gennaio 2009

al febbraio 2012 l'interessato era risultato sprovvisto di qualsiasi patologia psichiatrica con influsso sull'abilità lavorativa e quindi egli non ha mai avuto un discapito economico tale da dargli diritto a una rendita di invalidità. Il 29 marzo 2017 l'Ufficio AI ha emanato la decisione che confermava quanto prospettato all'assicurato con il progetto. Per la resistente la revisione del diritto alla rendita AI di RI 1 si imporrebbe quindi a seguito della scoperta di nuovi fatti e di nuove prove, che hanno portato il medico SMR a ritenere che dal gennaio 2009 al febbraio 2012 l'assicurato fosse sprovvisto di qualsiasi patologia psichiatrica con influsso sulla sua abilità lavorativa e quindi che non avesse una perdita di guadagno e conseguentemente nessun diritto all'ottenimento di una rendita di invalidità. A fronte di tale circostanza, l'amministrazione ha proceduto con una revisione della precedente decisione AI e, constatato così un indebito versamento, giusta l'art. 25 LPGA ha preteso dal ricorrente la restituzione delle prestazioni percepite dal 1° agosto 2011 al 29 febbraio 2012 (Fr. 1'160.- x 7 mesi), pari a Fr. 8'120.-. D'avviso del ricorrente, invece, non sarebbero date le premesse per procedere ad un annullamento della decisione di attribuzione della rendita temporanea attribuitagli nel 2012, giacché l'Ufficio AI non avrebbe esperito un'attenta valutazione retrospettiva del suo stato di salute psichico. Il ricorrente ha rimproverato all'amministrazione di non avere debitamente interpellato la sua psichiatra curante né d'ufficio né tramite il Servizio Medico Regionale, che il 29 febbraio 2016 si è pronunciato sulle sue condizioni di salute senza però basarsi su alcun nuovo referto della dr.ssa med. _____.

L'assicurato ha inoltre affermato di non avere lavorato nei periodi di inabilità lavorativa in questione, ma di essersi fatto sostituire nella conduzione dell'esercizio pubblico sia dalla mamma sia dallo zio. 2.4. Per quanto concerne la legittimità dell'ordine di restituzione come tale, va rammentato che occorre in primo luogo procedere con una riconsiderazione o una revisione processuale della decisione con la quale le prestazioni litigiose sono state versate e dunque verificare se erano adempiuti i presupposti dell'art. 53 LPGA. Nel caso di specie, a seguito dell'inoltro della domanda di prestazioni AI, l'assicurato non si è presentato né al primo colloquio di accertamento dell'8 maggio 2011, né al secondo previsto per il 27 luglio 2011 (doc. 21). Il 28 luglio 2011 (doc. 22) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha quindi contattato l'assicuratore malattia che versava le indennità giornaliere per malattia, il quale gli ha comunicato che l'assicurato era stato sottoposto a una nuova valutazione psichiatrica da parte del dr. med. _____, che lo aveva valutato abile in misura completa dal 16 agosto 2011. Nel suo rapporto finale dell'8 agosto 2011 (doc. 23) il dr. med. _____ si è basato sui rapporti allestiti dal dr. med. _____ quale medico fiduciario dell'assicuratore malattia a seguito delle visite del 22 luglio 2010 (recte : 2009) (doc. 4 dell'incarto Cassa malati) e del 4 gennaio 2011 (doc. 21 dell'incarto Cassa malati), così come sul parere del dr. med. _____, che ha visitato l'interessato il 20 luglio 2011 (doc. 26 dell'incarto di Cassa malati) anch'egli quale psichiatra di fiducia dell'assicuratore malattia. Il medico SMR ha riprodotto degli stralci delle loro opinioni specialistiche e ha elencato l'alternarsi dei periodi di inabilità lavorativa dal 14 ottobre 2008 in poi, fino a concludere che dal 15 agosto 2011 l'assicurato era abile totalmente in qualsiasi attività. Infine, egli ha posto la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2) e ha concluso che la prognosi era favorevole. Il 24 aprile 2012 (doc. 47) il collega dr. med. _____, FMH medicina interna, nel suo rapporto finale SMR si è pronunciato dopo l'emanazione del progetto di decisione del 19 agosto 2011, in cui all'assicurato non era stata attribuita alcuna rendita a causa della domanda tardiva, sebbene dall'ottobre 2009 al luglio 2010 gli fosse stato riconosciuto un grado di invalidità del 100%. Oltre alla rottura parziale del menisco e del legamento

crociato anteriore del ginocchio sinistro, quale diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa il medico SMR ha indicato una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2) in remissione, patologie che hanno comportato degli ulteriori periodi di inabilità lavorativa in qualsiasi attività dal 4 luglio 2011 all'11 febbraio 2012, quando è stato chiuso il caso per il ginocchio. Sulla scorta di queste informazioni, l'Ufficio AI ha emanato dapprima un progetto di decisione il 13 giugno 2012 (doc. 51), che annullava e sostituiva il precedente, poi una decisione il 1° novembre 2012 (doc. 58), con cui ha attribuito all'assicurato una rendita intera temporanea dal 1° ottobre 2009 al 29 febbraio 2012, ma con versamento dal 1° agosto 2011 stante la domanda di prestazioni del 21 febbraio 2011 (art. 29 cpv. 1 LAI). Dall'incarto penale visionato il 28 dicembre 2015 la giurista dell'Ufficio AI ha estrapolato i seguenti documenti, che le sono stati subito trasmessi dal Ministero pubblico (doc. 60): la denuncia penale del 18 novembre 2013 dell'assicuratore malattia per sospetta frode nell'annuncio dei casi di malattia e infortunio, lo scritto del 15 gennaio 2014 della Cassa di compensazione professionale che indica che per gli anni 2009-2011 l'assicurato ha dichiarato di non avere avuto personale, lo scritto del 3 febbraio 2014 dell'assicuratore malattia inerente il conteggio delle indennità di malattia versate all'assicurato e alla mamma, il rapporto di trasmissione degli inquirenti penali del Servizio reati economici e finanziari dell'11 giugno 2014, il verbale di interrogatorio del 9 aprile 2014 della mamma dell'assicurato, il verbale del 16 maggio 2014 dell'interessato, i verbali di quattro testimoni del 24 e 25 novembre 2015 e del 1° dicembre 2015, la citazione dell'imputato del 23 dicembre 2015 per ipotesi di reato di truffa, falsità in documenti, infrazione alla LAVS e alla LADI e il verbale dell'imputato del 20 gennaio 2016. L'amministrazione ha quindi interpellato il Servizio Medico Regionale per sapere " se le informazioni acquisite sono idonee a modificare le inabilità lavorative sancite nei rapporti SMR 24.04.2012 e 9.08.2011. ". Pertanto, " Si prega in particolare di indicare espressamente la compatibilità tra l'attività lavorativa registrata in sede penale (dichiarazioni rese nei due interrogatori dall'assicurato) e le affezioni con influsso sulla CL che hanno giustificato il conferimento della rendita intera limitata. ". Il 29 febbraio 2016 (doc. 61) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha così risposto: " Ho preso attenta visione dell'incarto medico e della documentazione penale: Dal lato medico-psichiatrico emerge quanto segue: 1. L'assicurato è stato a beneficio di una presa a carico psichiatrica e medicamentosa molto blanda, quest'ultima limitata all'assunzione per un periodo limitato di un sonnifero e di un fitofarmaco. 2. Non vi è alcuna evidenza che l'assicurato abbia mai sofferto di un disturbo psichiatrico maggiore. 3. In particolare, come emerge dalle valutazioni fiduciarie del Dr. _____, non sono mai stati oggettivati segni o sintomi di disturbo post-traumatico da stress sia in relazione all'incidente sia, in seguito, quando vi sarebbe stata una colluttazione tra l'assicurato e un avventore ubriaco sul posto di lavoro. 4. L'assicurato appare essere sempre stato consapevole che l'incidente mortale sia stato di sua esclusiva responsabilità, egli ha continuato ad esercitare la sua attività abituale ed ha avuto in seguito altre relazioni sentimentali. 5. Emergono molteplici contraddizioni e divergenze sia anamnestiche sia di vita quotidiana tra la documentazione medico-psichiatrica e gli interrogatori esperiti in sede penale: non solo l'assicurato risulta essere di fatto il factotum dell'albergo, in grado di gestire l'attività nonostante difficoltà oggettive sia di tipo economico-logistico sia di tipo familiare, con l'uscita di scena del 2° marito della madre. Proprio questo particolare fa emergere una divergenza profonda tra l'anamnesi raccolta dal Dr. _____ nel 2009 e gli interrogatori penali: là l'assicurato si dichiarava figlio di ragazza madre e di non avere mai conosciuto il padre, in sede penale

non emerge nulla di particolare, la madre avrebbe divorziato dal padre dell'assicurato quando lui aveva 5 anni. In conclusione, non emerge dalla documentazione medica alcuna indicazione che l'assicurato abbia mai sofferto di un disturbo psichiatrico maggiore. Sintomi lievi di ansia e depressione, nessuno d'intensità tale da giustificare una diagnosi se considerati singolarmente, non rendono verosimile alcun periodo d'inabilità lavorativa in qualsiasi periodo di tempo per motivi psichiatrici. Anche la causalità tra l'incidente è opinabile: infatti, egli ha da un lato continuato regolarmente la sua attività, si è poi legato sentimentalmente ad un'altra persona, è preoccupato per le conseguenze di una condanna per un fatto di cui è completamente consapevole e di cui sembra non provare rimorso, elementi estranei ad un'indagine medica ed appartenenti ad aspetti etici e morali non di pertinenza medica.”. 2.5. Il TCA evidenzia che per potere stendere il suo rapporto del 29 febbraio 2016 lo psichiatra dottor _____ ha esaminato l'incarto medico presente agli atti dell'Ufficio AI e quindi anche i vari rapporti medici acquisiti dall'assicuratore malattia sia presso i medici curanti dell'assicurato sia presso gli specialisti che ha appositamente nominato per valutare lo stato di salute dell'interessato (cfr. l'incarto della Cassa malati). Il medico SMR ha inoltre preso atto della documentazione penale richiamata dall'Ufficio AI a fine dicembre 2015 (cfr. incarto AI/Sezione LFA). Il ricorrente ha contestato la validità di questa valutazione, lamentandosi che spettava al dr. med. _____ attivarsi per avere un'opinione recente della psichiatra curante sulle sue condizioni di salute dal 2009 al 2012, altrimenti il parere retrospettivo, così come rilasciato il 29 febbraio 2016, non avrebbe alcuna valenza. Anche lo stesso Ufficio AI avrebbe dovuto esigere dalla dr.ssa _____ che allestisse un rapporto medico. A questo proposito occorre evidenziare che in virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2017.57 del 19 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 32.2016.108 del 2 maggio 2017; STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente, limitandosi a chiedere nelle sue osservazioni del 31 maggio 2016 (doc. 70) al progetto di decisione del 16 marzo 2016 che l'amministrazione “ prenda atto delle risultanze mediche che verranno prodotte nei prossimi giorni ”, senza però darvi seguito, è in effetti venuto meno al suo obbligo di comprovare le sue allegazioni. Il TCA riconosce che più volte, nell'estate 2016, l'assicurato ha sollecitato la specialista ad esprimersi sulle sue condizioni di salute, senza tuttavia ottenere alcun risultato. È anche vero che perfino il Ministero pubblico il 26 settembre 2016 (doc. 78) ha interpellato la

dr.ssa _____ facendo presente come l'interessato le avesse più volte richiesto una ricapitolazione della sua inabilità lavorativa dal 2007 al 2012 senza avere mai ricevuto risposta, ma anche l'autorità penale non ha ottenuto alcun riscontro dall'esperta. Ciò nonostante, secondo la scrivente Corte non v'è motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che pareri medici contrari non ne sono stati comunque mai prodotti. In effetti, non solo con le osservazioni al progetto di decisione malgrado quanto preannunciato dall'assicurato stesso e le varie proroghe concessegli dall'Ufficio AI tra luglio e settembre 2016, ma anche con il ricorso, l'insorgente non ha apportato alcun certificato medico in grado di smentire la posizione del medico SMR. Neppure nelle more procedurali - ossia ben un anno dopo il preannuncio dell'imminenza di questo parere - egli ha prodotto alcunché, visto che nessun nuovo mezzo di prova è stato inviato al TCA. E ciò nemmeno a tutt'oggi. In effetti, con il suo memoriale ricorsuale l'assicurato si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità, che non avrebbe sufficientemente vagliato le sue condizioni. Tuttavia, egli non ha saputo comprovare le sue lamentele di uno stato di salute peggiore rispetto a quello stabilito nel febbraio 2016 dall'SMR, visto che successivamente ai rapporti degli psichiatri fiduciari sentiti dall'assicuratore malattia non è stata prodotta altra documentazione medica atta ad oggettivare clinicamente uno stato di inabilità lavorativa. Ad ogni buon conto, la scrivente Corte evidenzia che sulla scorta sia degli atti medici sia di quelli penali, il dr. med. _____ ha potuto comunque farsi un'idea completa delle condizioni di salute del ricorrente, senza ritenere necessario contattare la dr.ssa med. _____. D'altronde, i certificati della psichiatra curante erano già stati presi in considerazione non solo dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha valutato l'assicurato il 22 luglio 2009 e il 4 gennaio 2011 per conto dell'assicuratore malattia così come il collega dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, che l'ha visitato il 20 luglio 2011, ma anche dallo stesso dottor _____, sia indirettamente con la conoscenza dei rapporti medici fiduciari dei colleghi sia personalmente essendo nell'incarto fornitogli dall'Ufficio AI. Peraltro, come risulta dai suoi pareri, il dr. _____ ha più volte preso contatto telefonico con la psichiatra dell'assicurato (docc. 4, 8 e 15), perciò anche il dr. _____, a sua volta, era ampiamente informato sulla situazione clinica del ricorrente e sulle possibilità di ripresa dell'attività lavorativa. E queste informazioni gli sono servite, a complemento, per porre la propria diagnosi e le proprie valutazioni in occasione delle sue due consultazioni fiduciarie. Rilevato quindi che il primo psichiatra di fiducia dell'assicuratore malattia ha avuto modo di esaminare l'insorgente sia di persona sia per il tramite della specialista curante acquisendo delle informazioni proprio nel periodo in discussione (anni 2009 e 2010), d'avviso di questo Tribunale il dr. med. _____ era più che legittimato a basarsi sul parere del collega dr. med. _____ - e così pure anche del dr. med. _____ - senza necessità di interpellare a sua volta, nel febbraio 2016, e quindi a quattro anni di distanza dall'interruzione del versamento della rendita di invalidità (da agosto 2011 a febbraio 2012), la dr.ssa _____. Va inoltre osservato che negli atti dell'amministrazione risultano numerosi annunci di malattie e di infortuni avuti dal ricorrente, con i relativi certificati medici, dai quali il medico del Servizio Medico Regionale ha potuto ulteriormente farsi un quadro più completo, dal profilo psichico, delle sue reali condizioni di salute negli anni in discussione, ossia dal 2009 al 2012 (cfr. incarto Cassa malati e incarto AI/Sezione LFA). Alla luce di ciò, il TCA non può che confermare lo stato di salute del ricorrente così come valutato dal dr. med. _____ il 29 febbraio 2016 sulla base di tutti gli atti medici - ma non solo - a sua disposizione. Un referto

retrospettivo della sua psichiatra non lo soccorrerebbe comunque nella sua tesi. Pertanto, la censura di una superficiale valutazione medica effettuata dall'Ufficio AI deve essere respinta.

2.6. Al fine di evitare che il TCA si soffermi sugli elementi di fatto e di diritto emersi finora dalla procedura penale in corso, che egli ritiene insufficienti, il ricorrente ha chiesto di sospendere la procedura fino all'ottenimento di una sentenza penale di primo grado. Come ha ricordato il Tribunale federale nella recente sentenza 8C_392/2017 del 26 ottobre 2017, in presenza di una sentenza penale (passata in giudicato) il giudice delle assicurazioni sociali non è vincolato né dalle disposizioni penali violate né tantomeno dagli accertamenti e dall'apprezzamento del giudice penale riguardanti il giudizio sulla colpa. Il giudice delle assicurazioni sociali si scosta dagli accertamenti effettuati solamente se i fatti e la loro sussunzione giuridica non risultano convincenti o se si fondano su principi, i quali trovano applicazione solo nel diritto penale o non sono rilevanti nel diritto delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 237 consid. 6a pag. 242; sentenze 8C_405/2016 del 18 agosto 2016 consid. 2, 9C_785/2010 del 10 giugno 2011 consid. 7.2.1, 8C_420/2016 del 27 ottobre 2016 consid. 2.4; 8C_19/2008 del 3 luglio 2008 consid. 2). Per contro, se non esiste una sentenza penale il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare pregiudizialmente anche la fattispecie penale (DTF 129 V 354 consid. 3.2). Considerato in concreto che la procedura penale è attualmente ancora pendente, per la valutazione pregiudiziale il TCA ritiene di potersi basare sulla situazione clinica e di fatto che, come esposto al considerando precedente, è stata compiutamente ponderata dal dr. med. _____ nella sua valutazione del 29 febbraio 2016. La consapevolezza e la volontà del ricorrente ad avere notificato delle inabilità lavorative inventiere sono state implicitamente accertate dalla valutazione del medico SMR sulla base di tutti gli atti che l'amministrazione ha raccolto, siano essi di carattere medico sia di altro genere, come i verbali di interrogatorio del ricorrente e dei testimoni, le numerose notifiche di malattie e di infortuni all'assicuratore per perdita di guadagno, come pure i referti degli altri specialisti che si sono occupati delle sue condizioni di salute. Dal quadro che ne è scaturito il medico SMR ha infatti concluso nel 2016 che i sintomi lievi di ansia e di depressione, nessuno di intensità tale da giustificare una diagnosi se considerati singolarmente, non rendevano verosimile dei periodi di inabilità lavorativa in qualsiasi periodo di tempo per motivi psichiatrici. In questo senso, potendo affidarsi alle conclusioni tratte dal dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, la richiesta dell'assicurato di sospensione va disattesa. Allo stesso modo deve essere rifiutata la richiesta di richiamo dell'intero incarto penale allestito dal Ministero Pubblico. Da un lato, poiché, in quanto tale, essa è generica, non specificando quali documenti sarebbero necessari per la controversia assicurativa. D'altro lato, perché comunque tale documentazione risulta irrilevante ai fini della vertenza in esame. Come visto, infatti, la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente il richiamo generico di documentazione raccolta dal Procuratore pubblico incaricato. 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. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.7. Stanti le considerazioni esposte, si deve concludere che, nel caso di specie, dall'esame degli atti inerenti al procedimento penale aperto nei confronti dell'assicurato per titolo di truffa, falsità in documenti e infrazione alla LAI e alla LADI, l'Ufficio AI è venuto a conoscenza di nuovi fatti e nuovi mezzi di prova tali che, secondo il parere del Servizio Medico Regionale, dal 2009 non era più giustificata un'incapacità lavorativa per motivi psichici e, conseguentemente, neppure l'attribuzione di una rendita AI non essendovi (più) una perdita di guadagno. Tali nuove circostanze giustificano a buon diritto una revisione della decisione del 1° novembre 2012. Alla luce di questi nuovi elementi, la rendita di invalidità che l'amministrazione ha riconosciuto al ricorrente dall'ottobre 2009, ma che gli ha versato per 7 mesi (dall'agosto 2011 al febbraio 2012), si è rivelata di conseguenza essere non dovuta. Ne discende che è a giusta ragione che l'amministrazione ha riconsiderato il provvedimento amministrativo emanato il 1° novembre 2012, essendo manifestamente errato e la sua modifica rivestendo d'altro canto un'importanza notevole, poiché ha per oggetto una prestazione periodica (DTF 119 V 475 consid. 1c; STF 9C_795/2009 del 21 giugno 2010, consid. 2.3), seppur limitata nel tempo. Infatti, alla luce della scoperta che, in realtà, dal gennaio 2009 l'assicurato non presentava un'incapacità lavorativa per motivi psichici, la precedente decisione di attribuzione di una rendita si è rivelata essere errata. Di conseguenza, con la decisione del 29 marzo 2017 la richiesta di restituzione delle rendite di invalidità versate indebitamente all'insorgente è quindi in sé formalmente giustificata. All'amministrazione è infatti sempre dato il diritto, come esposto, di rivedere e riconsiderare una decisione qualora vi siano nuovi fatti e/o mezzi di prova e/o laddove la decisione appaia manifestamente errata e la sua correzione rivesta una notevole importanza (art. 53 LPGA). Occorre dunque ora verificare la correttezza, dal profilo giuridico, del principio della restituzione preteso dall'Ufficio AI. 2.8. L'amministrazione si è accorta dell'errore nel versamento dell'importo della rendita di invalidità di spettanza del ricorrente non prima del 29 febbraio 2016, ossia dopo che ha preso atto del parere del dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, appositamente interpellato per una valutazione retroattiva dello stato di salute dell'assicurato da eseguire sulla scorta dei nuovi elementi emersi dall'incanto penale. Ne segue che il termine di un anno ex art. 25 cpv. 2 LPGA entro il quale l'Ufficio AI aveva il diritto di esigere la restituzione delle prestazioni è salvaguardato, estinguendosi infatti dopo un anno da quando l'amministrazione è venuta a conoscenza del fatto. Va qui evidenziato che in ambito di assicurazione invalidità questo termine perentorio è salvaguardato di regola già con la resa del progetto di decisione (DTF 133 V 579; STF 9C_663/2014 del 23 aprile 2015; STF 9C_886/2011 e 9C_899/2011 del 29 giugno 2012), quindi il 16 marzo 2016 e non con la decisione del 29 marzo 2017. Ritenuto poi che la richiesta di restituzione concerne il periodo dal 1° agosto 2011 al 29 febbraio 2012, anche il termine relativo di 5 anni (art. 25 cpv. 2 LPGA), che costituisce anch'esso un termine di perenzione (DTF 133 V 579 consid. 4.1), è rispettato. Non va comunque dimenticata la possibilità per l'Ufficio AI di adottare il termine più lungo di quello dell'art. 25 cpv. 2 seconda frase LPGA, poiché il suo credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo (per il reato penale della truffa previsto all'art. 146 CP, il termine di prescrizione è di 15 anni ex art. 97 cpv. 1 lett. b CP se la pena massima comminata è una pena detentiva superiore a tre anni, mentre è di 10 anni

ex art. 97 cpv. 1 lett. c CP se la pena massima comminata è una pena detentiva di tre anni).

2.9. L'Ufficio AI ha stabilito in Fr. 8'120.- l'importo complessivo da restituire, non contestato in sé dal ricorrente. Questa somma corrisponde a sette mensilità di Fr. 1'160.- l'una, che si riferiscono ai mesi da agosto 2011 a febbraio 2012. Tuttavia, dalla decisione stessa di attribuzione di una rendita intera limitata nel tempo, datata 1° novembre 2012, risulta che quasi l'intero ammontare riconosciuto all'assicurato è stato versato all'assicuratore malattia per perdita di guadagno a titolo di compensazione (Fr. 7'385,35), mentre al ricorrente medesimo è stato (soltanto) corrisposto l'importo di Fr. 734,65 (doc. 58). La somma oggetto di restituzione deve dunque essere corretta (STF 8C_392/2017 del 26 ottobre 2017 consid. 8.2, destinata alla pubblicazione) e, per questo motivo, la decisione impugnata non può di conseguenza essere integralmente confermata. 2.10. Da quanto precede discende che il ricorso va parzialmente accolto nel senso delle considerazioni esposte e la decisione riformata, nel senso che il ricorrente deve restituire la somma di Fr. 734,65 a titolo di rendite di invalidità indebitamente ricevute dal 1° agosto 2011 al 29 febbraio 2012. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese vanno suddivise fra l'insorgente (Fr. 350.-) e l'Ufficio AI (Fr. 150.-). Parzialmente vincente in causa e patrocinato da un legale, al ricorrente vanno infine attribuite delle ripetibili parziali.

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