

## **TI\_GERICHTE 32.2018.182 vom 28. September 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-09-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.182)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.182 du 28 septembre 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.182 del 28 settembre 2018

### **Regeste**

Rendita temporanea. Confermata la validità della perizia psichiatrica e, di conseguenza, la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa. Confermata pure la compensazione delle rendite retroattive con anticipi d'indennità perdita di guadagno in caso di malattia

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA. 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180;

ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza

è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi ( DTF 143 V 409 ), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C\_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata ( cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch) ). 2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono

applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64 ). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). 2.5. Nel caso di specie, a seguito della domanda di prestazioni presentata dall'assicurato nel maggio 2012 (cfr. consid. 1.1) – vista l'annotazione 25 aprile 2014 nella quale il medico SMR dr.ssa \_\_\_\_\_ si è così espressa: "(...) lettera del Dr. \_\_\_\_\_, medico fiduciario \_\_\_\_\_ del 05.06.2013. Colloquio con lo psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_: paziente discontinuo, inefficace e inconsistente. Interrotto psicoterapia, prosegue presa a carico psichiatrica ma in maniera discontinua. Elevati rischi che il paziente non sia in grado di sostenere nei prossimi mesi una riqualifica professionale. Periodo osservazione \_\_\_\_\_ dal 03.02.2014 al 14.03.2014 (interrotto anticipatamente). Evidenziano difficoltà a causa del disagio psichico e emotivo che non permettono di portare avanti il provvedimento. Ha deciso di interpellare psicoterapeuta. Sentito il \_\_\_\_\_: non più seguito dall'aprile 2013 (ultima visita del Dr. \_\_\_\_\_). Procedere: chiedere all'A nome del terapeuta a cui si è rivolto e inviare rapporto AI; in base alle nuove informazioni sarà da vedere se valutare direttamente al SMR. (...)" (doc. AI 57/134) e ritenuto il "Certificato psicologico" del 14 luglio 2014 nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha attestato che "(...) seguo il sunnominato [ndr.: si riferisce a RI 1] dal 14 marzo a tuttora a livello psicoterapeutico con una seduta settimanale. La diagnosi secondo la classificazione dell'ICD-10 è di una depressione di media gravità (F. 32.1) correlata ad una sindrome ansiosa generalizzata (F. 41.1). Dal lato psicologico, pur constatando una riduzione della sintomatologia ed un miglioramento nei rapporti sociali e nella gestione domestica, le sue condizioni di salute sono attualmente incompatibili con una ripresa lavorativa od una riformazione professionale. Ritengo importante il proseguimento della psicoterapia al fine di contenere la patologia ed evitare un ricovero ospedaliero. (...)" (doc. AI 62/139) – , l'Ufficio AI ha ritenuto necessario sottoporre l'interessato ad una perizia psichiatrica affidata al \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 65/145-146, 66/147-148, 67/149-148, 74/168 e 78/183). Con

referto peritale del 9 gennaio 2015 (doc. AI 84/191-208) la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia del \_\_\_\_\_ – premesso che “(...) Il 5.12.2014 giunge nota dello psichiatra SMR Dr. \_\_\_\_\_ nella quale si riportano nuove informazioni: l'assicurato ha una SAGL dal 24.05.2011 (\_\_\_\_\_) e dal 16.04.2014 ha aperto una nuova società a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ - capitale 100.000), sembrerebbe con due impiegati. "Oltre all'impegno della gestione societaria, agli importanti spostamenti da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_", si chiede al perito di "chiarire con l'assicurato se abbia frequentato corsi di formazione o aggiornamento in ambito gestionale negli ultimi 3 anni, corsi che richiedono anche essi un impegno rilevante sul piano psichico. In particolare si chiede se lo stato di salute dell'assicurato sia compatibile con una gestione societaria di questa entità". (...)” (doc. AI 84/192); elencati gli atti considerati ai fini della valutazione; esposti i dati clinici: l'anamnesi, l'esame clinico (secondo il sistema AMDP), gli approfondimenti testali, la descrizione della giornata, attività e abitudini nonché il trattamento psichiatrico attuale e dopo due consultazioni ambulatoriali il 21 ottobre 2014 (105 minuti) e il 18 dicembre 2014 (45 minuti) – , ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “altro disturbo di personalità specifico (narcisistico) (ICD 10 F 60/8)” e, quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa quella di “sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione (ICD 10 F 33.4)” (doc. AI 84/199-200). In sede di discussione i periti del \_\_\_\_\_ si sono, in seguito, così espressi: " (...)

L'assicurato presenta un'alterazione della personalità in senso narcisistico. Ha infatti un'elevata considerazione di sé e non ha consapevolezza dei propri limiti. È estremamente sensibile al riconoscimento del proprio valore da parte degli altri e nei casi in cui non ciò non avvenga può presentare reazioni emotive inadeguate per esempio di rabbia o ritiro. Ha difficoltà a mettersi in discussione e accettare le critiche. Sentendosi in qualche modo speciale fatica a sottostare alle regole condivise. Nei rapporti cerca di assumere una posizione di superiorità che può declinarsi sotto forma di maggiori conoscenze o anche di cura verso l'altro; in ogni caso l'atteggiamento sottende l'estremo bisogno di essere ammirato e confermato nelle proprie capacità. Dopo un po' si stanca di tali relazioni che chiude o tende a cercarne di nuove. Fatica a instaurare rapporti empatici avendo difficoltà a riconoscere le istanze altrui. La presenza degli aspetti sopra indicati risulta evidente da varie constatazioni: la descrizione dei rapporti affettivi rispecchia la necessità di porsi con modalità dominanti per poi annoiarsi e porre fine ai rapporti. Il tema del fastidio derivante dall'interazione con gli altri meno significativi emerge in più momenti. La difficoltà a rispettare le regole risulta evidente rispetto alla gestione della farmacoterapia, che risulta chiaramente incongrua e perfino iatrogena (medicamenti sedativi assunti di mattina, tramadolo assunto in elevate quantità). L'assicurato non accoglie le informazioni date dal perito sul carattere inadeguato dell'assunzione dei farmaci, ribadendo la propria posizione. La passata scarsa compliance alla farmacoterapia allorché impostata in modo conforme ai protocolli è spiegata verosimilmente dalla difficoltà dell'assicurato a sottostare a quelle che vengono percepite come imposizioni. La difficoltà a riconoscere i propri limiti si evidenzia anche nelle discrepanze rispetto alla prospettiva professionale: da una parte l'assicurato sottolinea la fatica a reggere le elevate pressioni proprie dall'attività di assicuratore e di gestione del personale; dall'altra rifiuta l'opzione di svolgere lavori meno stressanti, che sono vissuti come non commisurati al proprio valore. Le caratteristiche proprie del disturbo narcisistico si evidenziano inoltre nell'interazione col perito: l'atteggiamento è solo formalmente collaborante mentre la capacità empatica è scarsa, alternando l'assicurato modalità di ostentata indifferenza a altre di compiacenza e seduttività. La presenza di una

fragilità strutturale emerge anche dalla valutazione psicodiagnostica: dalla somministrazione del test di Rorschach si conclude che "le risposte specchio, le tendenze autoreferenti, i contenuti narcisistici sembrerebbero caratterizzare il funzionamento mentale. Momenti di confabulazioni e discreta confusione identitaria lasciano trasparire un'economia di funzionamento non pienamente compensata. Le caratteristiche osservate sono compatibili con la presenza di un disturbo del narcisismo nel senso di Bergeret". Le difficoltà di adattamento, nel rispetto delle regole condivise e dell'autorità rappresentano un elemento di stress cronico che verosimilmente si è presentato nelle varie esperienze lavorative. Sottolineiamo come le attività svolte contemplassero alti ritmi di lavoro e pressioni al risultato, elevata competizione, ruoli intermedi fra la dirigenza e i dipendenti; professioni di tal fatta richiedono oltre alle competenze cognitive che l'assicurato possiede anche capacità relazionali e emotive che invece risultano deficitarie. Il disturbo di personalità, invalidante di per sé, rappresenta anche un terreno di fragilità che favorisce se confrontato con determinate mansioni (come quelle da sempre svolte) lo sviluppo di condizioni di malessere e franco scompensamento. L'assicurato riporta un certo disagio psichico a partire dal 1995, ossia molto prima del primo scompensamento depressivo. L'esposizione ripetuta e cronica a situazioni che non è in grado di gestire ha verosimilmente favorito l'esordio del franco episodio depressivo il quale non a caso è di una gravità significativa. Appare verosimile anche che questo abbia contemplato aspetti paranoici (come descritto dal Dr. \_\_\_\_\_) in quanto la possibilità di confrontarsi con un fallimento è poco accettabile e da ciò può scaturire l'attribuzione esterna della mancata riuscita. Tuttora emergono temi di sfruttamento e ostilità dell'ambiente esterno nei propri confronti. Grazie al seguito psicologico e forse anche alla farmacoterapia antidepressiva, che seppure in modo incongruo sembrerebbe venire assunta (vedi risultato del test di laboratorio), vi è stata la remissione totale del quadro depressivo. L'esame peritale non oggettiva infatti alcuna alterazione in senso affettivo. Notiamo che già nel luglio 2014 lo psicologo curante signor \_\_\_\_\_ segnalava miglioramento dei sintomi, della vita sociale e della gestione domestica. Rimane la fragilità di ordine personale; questa, rappresentando il modo con cui l'assicurato vive se stesso, la realtà e il rapporto con gli altri, è del tutto egosintonica. In conformità con le caratteristiche del disturbo narcisistico l'assicurato fatica a prospettarsi un ruolo lavorativo futuro: da una parte infatti riconosce la propria professione come molto stressante, dall'altra rifiuta la possibilità di svolgere altre occupazioni che vengono considerate di scarso prestigio. Non trovando una via d'uscita fra queste opzioni, pare che si stia costruendo una tendenza a un ritiro e disinvestimento altero rispetto a un mondo percepito come non validante se non francamente ostile. Appare importante in questa fase di discreto scompensamento sostenere l'assicurato nella possibilità di recuperare un ruolo professionale in un'attività che nel contempo sia confacente alle fragilità strutturali e possa venire considerata sufficientemente corrispondente al proprio valore e quindi adeguatamente investita. Nel paragrafo C 2 "conclusioni" vengono descritte le opzioni lavorative ritenute confacenti. Sul piano terapeutico il lavoro psicoterapico può poco intervenire sugli aspetti di personalità per cui si giudica un intervento a carattere introspettivo poco indicato. Sarebbe più opportuno un lavoro supportivo che restituisca all'assicurato le risorse reali, tuttora presenti e lo orienti, per quanto concerne il piano professionale, a finalizzarle in una professione adatta. La farmacoterapia andrebbe rivista, cercando di limitare l'assunzione di Tramal (utilizzato per mitigare la cefalea), che appare francamente incongrua. Sarebbe utile in un'ottica di prevenzione di futuri scompensi depressivi approntare una terapia antidepressiva costante e appropriata, lasciando qualche

marginale all'assicurato per la gestione degli ansiolitici al bisogno. Un intervento di supporto psicologico e sostegno farmacologico come sopra indicato è particolarmente importante nella fase di reintegro professionale. La prognosi è incerta, data la fragilità personologica che può favorire scompensi depressivi futuri, allorché l'assicurato venga posto in situazioni, lavorative e non, che elicitino gli aspetti strutturali problematici. La valutazione svolta risulta coerente con la presenza di un disturbo di personalità narcisistico e l'assenza attualmente di patologie psichiatriche in asse primo. Non si può tuttavia escludere che sussistano anche tentativi di amplificazione del disturbo, volti a ottenere vantaggi secondari. (...) (doc. AI 84/200-202) Sempre i periti del \_\_\_\_\_, circa le conseguenze sulla capacità di lavoro, hanno quindi formulato la seguente valutazione: " (...) 1. Descrizione di risorse e deficit - secondo schema MINI ICF - APP - 1. Rispetto delle regole: grado di disabilità lieve-moderato. Non ha difficoltà a rispettare gli appuntamenti medici, gli impegni o accordi con gli amici. Non fatica a adattarsi alla routine quotidiana. L'aspetto più problematico può essere quello relativo al rispetto delle regole e all'integrazione nei processi organizzativi; l'adattamento in questi ambiti può essere deficitario a causa del disturbo di personalità. 2. Organizzazione dei compiti: nessun grado di disabilità. Riesce a organizzare la giornata bilanciando impegni legati alla gestione della casa, tempo libero e vita sociale. Gli impegni sono assolti in modo pratico. Dopo il raggiungimento degli scopi, riesce a distaccarsi e a concentrarsi su altri interessi. 3. Flessibilità: grado di disabilità lieve-moderato. Possono sussistere difficoltà a modificare il comportamento a seconda delle circostanze e a adattarsi a nuove situazioni, a causa del disturbo personologico. 4. Competenze: nessun grado di disabilità. Non si rilevano limitazioni cognitive o relative alle funzioni cognitive superiori attenzione, concentrazione e memoria, che possano inficiare le prestazioni. 5. Giudizio: grado di disabilità lieve-moderato. Attualmente non sussistono sintomi depressivi né psicotici che possano condizionare la capacità di giudizio. Questa può venire inficiata dal disturbo di personalità; decisioni e giudizi possono venire condizionati da valutazioni personalistiche e non effettuate sempre su una base di realtà. 6. Persistenza: nessun grado di disabilità. Non si evidenziano dati a favore di un calo di performance nel tempo. L'assicurato riporta uno stato di stanchezza che non si è osservato in occasione dei colloqui peritali. Non si può escludere che questo si presenti in relazione all'assunzione e prescrizione incongrua dei farmaci e quindi può venire risolto con una rivalutazione della farmacoterapia. 7. Assertività: grado di disabilità lieve-moderato. Potrebbe presentare qualche difficoltà a accettare compromessi e a confrontare le proprie posizioni con quelle degli altri ponendosi in modo adeguato. 8. Contatto con gli altri: grado di disabilità lieve senza conseguenze negative. E' in grado di mantenere conversazioni superficiali. In alcuni casi potrebbe tendere a assumere un atteggiamento dominante. 9. Integrazione nel tempo: grado di disabilità lieve-moderato. Conosce solo in parte le strutture, regole e procedure di un gruppo. Potrebbe, nelle situazioni in cui non si sente validato e riconosciuto, ritrarsi o entrare in conflitto. 10. Relazioni intime: grado di disabilità lieve senza conseguenze negative. Mantiene una relazione soddisfacente con la famiglia di origine. Ha diverse amiche. Non ha un rapporto affettivo. Può faticare a costruire rapporti empatici tenendo a porsi come l'elemento più capace e dominante. 11. Attività spontanee: nessuna disabilità. Coltiva diversi hobby traendone piacere. 12. Cura di sé: nessuna disabilità. Provvede senza limitazioni alle cure di base. Si tiene pulito e si veste in modo adeguato alla situazione. Si alimenta in modo regolare e si impegna in attività fisiche. 13. Mobilità: nessuna disabilità. Si sposta senza difficoltà, usando l'auto o anche a piedi. E' in grado di raggiungere in autonomia luoghi non conosciuti. 2. Conclusioni Si è oggettivata la totale remissione del

quadro depressivo e l'assenza di sintomi psicotici. Non sussistono quindi limitazioni dettate da questi disturbi. La presenza del disturbo di personalità può condizionare gli ambiti relazionali (item 7 "assertività", 8 "contatto con gli altri", 9 "integrazione nel gruppo" del MINI-ICF), la capacità di adattamento (item 1 "rispetto delle regole" e item 3 "flessibilità") e giudizio (item 5 "giudizio"). Il disturbo personologico non influisce sul piano delle prestazioni (item 2 "organizzazione dei compiti", item 4 "competenza", item 6 "persistenza"). Considerando questi dati, l'elemento centrale risulta la scelta dell'attività professionale e l'adattamento della stessa in funzione delle caratteristiche di personalità dell'assicurato. Come descritto nel paragrafo B7 "discussione" egli si è trovato in difficoltà nel gestire la relazione coi superiori, tollerando poco di adattarsi a regole imposte dall'alto. Può accadere che anche nel rapporto coi colleghi assuma atteggiamenti poco consoni in particolare se non si sente adeguatamente riconosciuto nel proprio valore o se si confronta con soggetti poco disposti a riconoscergli una posizione di potere e competenze elevate. Il rapporto coi clienti può essere inficiato dalla scarsa autenticità ma eventuali atteggiamenti seduttivi e compiacenti possono in questo ambito risultare vincenti. In passato l'assicurato si è trovato a assumere ruoli difficili, di mediatore fra il direttivo e i dipendenti, ruolo che date le caratteristiche di personalità non è in grado di svolgere in modo produttivo. L'essere posto a lungo in situazioni relazionali così complesse può favorire l'insorgenza di franchi scompensi. Lo svolgimento di questo ruolo è quindi fortemente sconsigliato. L'attività di assicuratore lo sollecita molto sul piano relazionale; questa attività può quindi essere svolta in misura non superiore al 60% con diminuzione dell'orario; un lavoro simile mantenuto a lungo in percentuale superiore provocherebbe uno stato di stress emotivo e favorirebbe ulteriori scompensi depressivi. Non sussiste alcuna limitazione per attività di tipo impiegatizio o che implicino la gestione burocratica o contabile. L'assicurato infatti non ha limitazioni cognitive e verrebbe in questo modo meno sollecitato sul piano interpersonale. Per professioni simili, che sono confacenti, la capacità lavorativa è totale. Date le difficoltà a accettare le regole imposte dall'alto si giudica che l'attività indipendente possa essere anch'essa confacente e perfino indicata. Anche in questo contesto è opportuno che l'assicurato si dedichi più agli aspetti burocratici, organizzativi, gestionali e strategici che alla relazione diretta e assidua coi clienti. Avendo così eluso i deficit dettati dal disturbo personologico la capacità lavorativa risulta totale. Si aggiunge che l'assunzione di un ruolo importante all'interno delle proprie aziende può sostenere l'autostima dell'assicurato e essere considerata un'attività confacente alle proprie capacità e quindi investita adeguatamente. In qualità di casalingo si giudica la capacità lavorativa piena. Rispetto al passato consideriamo coerenti le valutazioni dei colleghi che identificavano episodi depressivi importanti a penalizzare la capacità lavorativa. Pertanto dal 26.10.2011 (prima certificazione del Dr. \_\_\_\_\_) e continuativamente fino al 13.07.2014 l'inabilità lavorativa è totale. Con certificato datato 14.07.2014 lo psicologo curante signor \_\_\_\_\_ constata un miglioramento dei sintomi, della vita sociale e della gestione domestica, compatibile col verosimile mitigarsi dei sintomi depressivi. Da allora fino all'attuale perizia si valuta l'inabilità lavorativa pari al 50%. Dalla data del primo incontro peritale (21.10.2014) per le attività confacenti sopra descritte la capacità lavorativa è piena. Risulta molto importante che l'assicurato rientri nel mondo del lavoro. Non si ritiene necessario approntare interventi di reintegrazione professionale avendo l'assicurato due aziende nelle quali può svolgere un ruolo adatto alle proprie caratteristiche. (...)" (doc. AI 84/202-204). Le conclusioni del \_\_\_\_\_ sono state fatte proprie dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel rapporto finale del 21 gennaio 2015 (doc. AI 83/188-190), ha confermato le diagnosi poste dai periti

e concluso per un'inabilità lavorativa in qualsiasi attività del 100% dal 26 ottobre 2011 al 13 luglio 2014 e del 50% dal 14 luglio al 20 ottobre 2014; mentre che dal 21 ottobre 2014 l'incapacità lavorativa è del 40% nell'attività abituale e dello 0% in un'attività adeguata (cfr. doc. AI 83/189). L'Ufficio AI – dopo aver effettuato ulteriori accertamenti professionali presso diversi datori di lavoro, considerate le rispettive valutazioni del consulente in integrazione professionale (cfr. consid. 1.2) e ritenuto il rapporto medico del 6 ottobre 2017 nel quale lo specialista curante dr. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di episodio depressivo di media gravità (ICD 10 F32.1) e di sindrome ansiosa generalizzata (ICD 10 F41.1), ha attestato un'incapacità lavorativa totale dal 9 agosto 2017 (doc. AI 150/348-353) – , vista la concomitanza della valutazione specialistica peritale psichiatrica ordinata dalla Cassa malati, ha annullato la propria “Richiesta di perizia” del 15 febbraio 2018 (cfr. doc. AI 159/362-363, 161/365 e 162/366). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia del 23 marzo 2018 all'intenzione della Cassa malati (doc. 23/35-79 dell'incarto cassa malati) – descritta la situazione attuale e decorso secondo gli atti (i rapporti del dr. \_\_\_\_\_ del 15 maggio e del 6 novembre 2012 per la \_\_\_\_\_, la perizia 9 gennaio 2015 del \_\_\_\_\_, il rapporto 13 marzo 2018 inviatogli per mail dal dr. \_\_\_\_\_ e il rapporto 20 marzo 2018 del consulente in integrazione professionale) ed esposti: i dati soggettivi, l'anamnesi (medica e sociale sintetica) e l'esame clinico – , ha posto la seguente diagnosi: “(...) Disturbo di personalità narcisistico (F60.8). Al momento attuale non è presente un disturbo affettivo di entità media o grave che potrebbe in qualche modo giustificare un'inabilità lavorativa, in un'attività giudicata confacente alle sue qualifiche. (...)” (doc. 23/53 dell'incarto cassa malati). Nella “Valutazione conclusiva ed esigibilità” lo stesso specialista ha rilevato che: “ (...) Dall'esame clinico-oggettivo e dall'attento esame degli atti messi a disposizione, in particolare della perizia psichiatrica della dr.ssa \_\_\_\_\_ per conto del \_\_\_\_\_ (del 09.01.2015, corroborata da una valutazione diagnostica di personalità tramite Rorschach) si può, con grande probabilità, confermare la presenza di un disturbo narcisistico di personalità (F60.8), caratterizzato da vulnerabilità emotiva soprattutto nelle relazioni con gli altri. Si tratta in questi casi di persone che reagiscono con stress (anche se non lo esprimono sempre apertamente), quando sono esposti alle critiche altrui, con conseguenti sentimenti di umiliazione e di rabbia. Queste persone sono normalmente capaci di utilizzare i punti di forza degli altri per raggiungere i propri obiettivi e riescono anche a vendere se stessi e le proprie idee e progetti in modo brillante e seducente (e non a caso il signor RI 1 è riuscito a raggiungere la posizione di responsabile del personale per importanti assicurazioni come pure la posizione di "membro dei quadri dirigenziali"). Superficialmente appaiono sicuri di sé e disinvolti, ma quando la loro sicurezza narcisistica vacilla, reagiscono con collera e profondo senso di frustrazione, talvolta in modo impaziente e arrogante. Hanno solitamente un comportamento socialmente superficiale, spesso però anche piacevole e gentile, anche se non sono in grado di rispondere agli altri in modo veramente empatico. Hanno una considerazione di sé che si potrebbe definire come "ansiosa-ambivalente" ciò che crea difficoltà nella regolazione dell'autostima (dal lato psicodinamico si ipotizza dal profilo eziologico "l'insuccesso del genitore nel fornire le esperienze ottimali di frustrazione necessarie ad incoraggiare lo sviluppo di un'immagine di sé più realistica nel bambino"). Come già osservato precedentemente, anche nel presente colloquio l'atteggiamento dell'assicurato è stato solo formalmente collaborante. Tipicamente non si ha l'impressione che l'assicurato si sia mai conformato (nel passato e nel presente) al ruolo di "paziente", pur avendo un'aspettativa molto precisa sul compito del terapeuta. In effetti ha abbandonato la presa a carico presso il

dr. \_\_\_\_\_ non appena il medico, secondo lui, "ha fatto l'errore di dichiararlo abile", ciò che sembra pure essere capitato con il dr. \_\_\_\_\_. Agli atti viene anche riportata una scarsa compliance sia dal profilo dell'assunzione della cura medicamentosa proposta dagli specialisti sia per la regolarità della presa a carico. Anche il test psicodiagnostico di Rorschach effettuato da \_\_\_\_\_ (a complemento della perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_) conclude che: "i contenuti narcisistici sembrerebbero caratterizzare il funzionamento mentale". In effetti "i momenti di confabulazione e discreta confusione identitaria lasciano trasparire un'economia di funzionamento non pienamente compensata". Un disturbo di personalità è caratterizzato da un modello comportamentale particolare e profondamente radicato che si esprime in reazioni rigide nelle diverse situazioni personali e sociali della vita. È presente una netta instabilità del comportamento e dell'atteggiamento, in diverse aree funzionali psichiche come affettività, iniziativa, controllo degli impulsi, percezione e pensiero, ma in particolare anche nelle relazioni con gli altri. Benché questo disturbo inizi nell'infanzia o in gioventù, si manifesta durante l'età adulta per un periodo di tempo indeterminato. Nonostante tutto, per la valutazione della capacità lavorativa, è come sempre decisiva la valutazione dell'effettiva sintomatologia psicopatologica. La capacità lavorativa è infatti possibile sino a quando i modelli di reazione e di comportamento patologici sono tollerabili a livello sociale. Solo un disturbo di personalità scompensato nel suo decorso, come precisato nelle direttive SIM (Swiss Insurance Medicine 2007) riconosciute in Svizzera, può giustificare una limitazione delle capacità professionali, quando questo impedisca o renda impossibile adempiere alle mansioni proprie del posto di lavoro. Il sottoscritto concorda con la dr.ssa \_\_\_\_\_ quando menziona che "le difficoltà di adattamento rappresentano un elemento di stress cronico che verosimilmente si è presentato nelle varie esperienze lavorative". In effetti sono deficitarie le "capacità relazionali ed emotive". I sintomi depressivi precedentemente descritti (ma attualmente non presenti, se non in forma tutt'al più lieve) sono verosimilmente attribuibili (a mente del sottoscritto) al fallimento delle sue fantasie di successo, rispettivamente delle sue irragionevoli aspettative. In questo senso è probabile che, attraverso un meccanismo di difesa (di proiezione), il fallimento venga attribuito ad un'istanza esterna (ritmi eccessivi, capi non in grado di riconoscere le sue qualità, non meglio precisate ristrutturazioni aziendali, sensazioni di sfruttamento e infine ad uno stato di "malattia" vago e diffuso caratterizzato essenzialmente da "bisbigli", difficoltà di concentrazione e stanchezza. Nel caso presente, in mancanza di un disturbo affettivo di entità media o grave rispettivamente di un disturbo di personalità scompensato, si può giustificare unicamente una riduzione della capacità lavorativa in misura parziale, in una professione che richiede particolari capacità di adattamento, flessibilità e capacità relazionali (in particolare empatia e capacità di mediazione). In questo senso condivido l'opinione della dr.ssa \_\_\_\_\_ espressa nella perizia per il \_\_\_\_\_ che l'attività di assicuratore può essere svolta in misura non superiore al 60% con diminuzione dell'orario. Ciò al fine di evitare uno stress emotivo eccessivo e la conseguente insorgenza di scompensi ansiosi-depressivi. Per contro appare ragionevolmente proponibile e esigibile, nonché terapeuticamente indicata, considerata anche la relativa giovane età, la ripresa completa di un'attività lavorativa come impiegato di commercio (ossia di gestione burocratica o contabile). L'assicurato non presenta infatti delle limitazioni cognitive particolari. In tale attività inoltre non viene richiesta particolare empatia né di essere chiamato a prendere decisioni difficili. In questo senso il signor RI 1 è abile in misura completa, a partire da subito, anche nell'attività precedentemente svolta presso la \_\_\_\_\_ con mansioni di disbrigo di pratiche assicurative. Questa infatti deve

essere considerata un'attività confacente per la quale l'assicurato è stato considerato abile in misura completa anche nella perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_ allestita il 09.01.2015 per il \_\_\_\_\_. (...)” (doc. 23/53-56 dell’incarto Cassa malati). La perizia del dr. \_\_\_\_\_ è stata confermata dal medico SMR dr. Martinelli che, nel rapporto finale del 25 aprile 2018 (doc. AI 171/380-384) – attestata, dal 21 ottobre 2014, una capacità lavorativa del 60% nell’attività abituale rispettivamente del 100% in un’attività adeguata e ritenuti un quadro clinico e le ripercussioni sulla capacità lavorativa stabili da anni – ha concluso che “(...) la perizia fiduciaria del dr. med. \_\_\_\_\_ è argomentata ed esaustiva, il perito non diagnostica episodi depressivi e si allinea nelle sue valutazioni sulla CL dell’assicurato a quelle fatte dal dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 2015. Il fatto che l’ \_\_\_\_\_ abbia preferito liquidare l’IL 100% dal 28.07.2017, sulla base della certificazione del dr. med. \_\_\_\_\_, non oggettiva dal punto di vista medico e conseguentemente non giustifica la presenza di una malattia o di limitazioni funzionali conseguenti a patologia. (...)” (doc. AI 171/384). Ancora il dr. \_\_\_\_\_, nell’annotazione del 13 luglio 2018, ha rilevato che “(...) ho preso visione delle osservazioni al progetto di decisione e della allegata documentazione medica, in particolare del rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_. La sintomatologia descritta dal medico psichiatra curante, presente sin dall’agosto 2017, data di inizio della presa a carico del dr. med. \_\_\_\_\_, è stata valutata dettagliatamente anche nella perizia fiduciaria del dr. med. \_\_\_\_\_ (GED 27.03.2018 4444) che argomenta in modo esaustivo e convincente le sue conclusioni. Per tale ragione non mi è possibile discostarmi da quanto esplicitato nel rapporto finale SMR (GED 25.04.2018). (...)” (doc. AI 189/416). L’Ufficio AI, viste le risultanze mediche suenunciate e ritenuta l’annotazione per l’incarto del 7 maggio 2018 dalla quale risulta un grado d’invalidità del 21% (doc. AI 174/392), con la decisione impugnata ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera (con versamento della prestazione dal 1. novembre 2012 ex art. 29 cpv. 1 LAI) dal 1. ottobre 2012 al 31 ottobre 2014 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del luglio 2014 ex art. 88a cpv. 1 OAI) (cfr. consid. 1.2). 2.6. Per poter graduare l’invalidità, l’amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell’AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati

indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludentza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 5.3). 2.7. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo

Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.6), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dal dr. \_\_\_\_\_, fondate sulla perizia del 27 marzo 2018 con la quale ha confermato quella precedente del CPAS del 9 gennaio 2015, confermate anche dai medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_ nei rispettivi rapporti finali del 21 gennaio 2015 e del 25 aprile 2018 (doc. AI 83/188-190 e 171/380-384). Perizie, quelle del dr. \_\_\_\_\_ e del \_\_\_\_\_, che vanno considerate dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, nella succitata perizia del 27 marzo 2018, il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna valida documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il perito. In particolare tale non può certo essere lo scritto dell'8 giugno 2018 (doc. AI 185/409-410 prodotto nell'ambito delle osservazioni del 28 giugno 2018 sub doc. AI 185/405-408) nel quale lo specialista curante dr. \_\_\_\_\_ – senza nemmeno confrontarsi con le conclusioni a cui sono giunti i periti interpellati – si è limitato a formulare una diversa valutazione adducendo che “(...) Da parte mia non posso che ribadire le diagnosi menzionate nel rapporto del 6 ottobre 2017 (episodio depressivo di media gravità (ICD 10 F32.1) e sindrome ansiosa generalizzata (ICD 10 F41 .1)). Il signor RI 1 presenta astenia diurna in relazione a disturbi del sonno, deficit della memoria e della concentrazione a causa della presenza di dispercezioni uditive, disturbi dell'appetito con fame nervosa ed incremento ponderale, assenza di desiderio sessuale, mancanza di progettualità in presenza di angoscia per il futuro, ideazione suicidale passiva, diminuzione dell'autostima, sentimenti di vergogna, di autosvalutazione ed inutilità. Per quanto concerne la presenza di dispercezioni uditive il paziente riferisce quanto segue. Avrebbe avuto un primo episodio nel 1987 attraverso voci offensive manifestatesi gradualmente nel corso di un mese e per la durata di circa un anno. Era comunque riuscito a portare a termine la scuola di lingue che allora frequentava. Le stesse voci si sarebbero manifestate nuovamente nel 1994 causando l'insorgenza di ansia crescente e deflessione del tono dell'umore. In seguito non vi sarebbe più stata una remissione ma inizialmente senza gravi ripercussioni sul funzionamento globale pur in presenza di maggiore affaticabilità e di stress. Nel 2005 è stato seguito per un breve periodo (3-4 sedute) dallo psichiatra dottor \_\_\_\_\_. Allora era responsabile dei servizi presso una compagnia assicurativa (ad un certo punto dovette ridurre la percentuale lavorativa al 50%). Nel 2006 ha ripreso a lavorare per un'altra assicurazione nella misura del 100%. Dal 2007 ha esercitato ancora al 100% fino al 2009. Dopo 2 mesi di malattia si è iscritto alla disoccupazione. Dal 2011 non sarebbe più stato in grado di riprendere un'attività lavorativa a causa di una ricaduta depressiva. Dopo 3 anni di malattia ha tentato invano di iniziare piccole attività in proprio. Le stesse non sono andate in porto a causa del persistente stato depressivo in presenza di dispercezioni uditive. Quanto descritto mi permette di confermare un'inabilità lavorativa nella misura del 100% almeno dal 9 agosto 2017. La prognosi lavorativa risulta, a mio avviso, sfavorevole. Per quanto concerne la terapia farmacologica sono stati prescritti da parte mia Abilify, Seroquel, Efexor, Valium e Xanax senza beneficio. (...)” (doc. AI 185/409-410). Al riguardo, nell'annotazione del 13 luglio 2017, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che “(...) la sintomatologia descritta dal medico psichiatra curante, presente sin dall'agosto 2017, data di inizio della presa a carico del dr. med. \_\_\_\_\_, è stata valutata dettagliatamente anche nella perizia fiduciaria del dr. med. \_\_\_\_\_ (GED 27.03.2018 4444) che argomenta in modo esaustivo e convincente le sue conclusioni. Per tale ragione non mi è

possibile discostarmi da quanto esplicitato nel rapporto finale SMR (GED 25.04.2018). (...)” (doc. AI 189/416). Anche il dr. \_\_\_\_\_ – chiamato ad esprimersi sul medesimo scritto del dr. \_\_\_\_\_ – , nella presa di posizione del 15 giugno 2018, ha concluso che “(...) per quanto riguarda in particolare il rapporto dello psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_ del 08.06.2018, esso non contiene alcun elemento clinico nuovo non considerato nel mio dettagliato rapporto peritale del 27.03.2018 o atto a invalidare le mie conclusioni. Per questo motivo ribadisco integralmente le conclusioni espresse precedentemente. (...)” (doc. 27/64 dell’incarto Cassa malati). L’insorgente si è in sostanza limitato a contestare le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 27 marzo 2018 che ha accertato una capacità lavorativa a suo dire non data. Egli non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche e nemmeno un peggioramento dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale. Il ricorrente si è quindi limitato ad esporre le proprie valutazioni soggettive , senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che la situazione dal punto di vista clinico , ossia oggettivo , fosse differente. Va osservato che 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 (cfr. STCA 32.2018.165 del 13 marzo 2019, consid. 2.6 con riferimenti). Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.3 e 2.6), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti ( nella STF 9C\_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell’uomo, nelle procedure concernenti l’assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell’ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all’attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche interne dell’assicurazione (DTF 135 V 465). (...)” ) – le valutazioni del dr. \_\_\_\_\_, confermate dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.5), vanno confermate. In questo senso, nella misura in cui chiedesse l’esecuzione di una perizia giudiziaria ( “(...) per fare chiarezza, a mio parere, si rende necessaria una perizia arbitrale. (...)” (VI) ), la domanda va disattesa. Stante quanto precede va quindi confermata la valutazione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ che, nel rapporto finale SMR del 25 aprile 2018 (doc. AI 171/380-384), ha concluso che dal 21 ottobre 2014 la capacità lavorativa nell’attività abituale è del 60% mentre che in un’attività adeguata è del 100%. 2.8. In merito alla valutazione economica va rilevato quanto segue. L’insorgente non ha contestato l’applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi per calcolare il grado d’invalidità e neppure gli importi (validi per il 2014 e di cui all’annotazione per l’incarto del 7 maggio 2018 sub doc. AI 174/392) ritenuti dall’Ufficio AI di fr. 90'149.65 quale reddito da valido ( “(...) In GED 05.05.2015 è presente un calcolo

CGR con Reddito da valido di CHF 106'777.--. Tuttavia, ritenuto che l'assicurato al momento dell'insorgere del danno alla salute (26.10.2011) era iscritto in disoccupazione riteniamo più corretto utilizzare il reddito statistico della categoria 65: Assicurazioni, con conoscenze professionali e specializzate che per l'anno 2014 corrisponde a CHF 90'149.65 (7'276.- / 40 ■ 41.3 ■ 12). (...)” ) e di fr. 70'806.60 quale reddito ipotetico da invalido ( “(...) Malgrado il danno alla salute, tenuto conto delle limitazioni mediche e con una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, potrebbe invece conseguire CHF 70'806.60 (tabella RSS elaborata dall'Ufficio federale di statistica (conoscenze professionali e specializzate, valore mediano – settore maschile)). (...)” ). Ritenuto che l'aspetto economico non è stato contestato dall'insorgente, questo Tribunale non ha motivo di verificare oltre il calcolo effettuato dall'amministrazione (in questo senso cfr. la STCA 32.2018.14 del 24 gennaio 2019 consid. 2.9 con riferimenti). Di conseguenza, il grado d'invalidità del 21% ritenuto dall'Ufficio AI ( [90'149.65 - 70'806.60] : 90'149.65 x 100 = 21.45% arrotondato al 21% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 ) va confermato e conseguentemente il diritto alla rendita intera riconosciuto fino al 31 ottobre 2014 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del luglio 2014 ex art. 88a cpv. 1 OAI). 2.9. Quanto alla questione a sapere se correttamente l'Ufficio AI ha compensato le rendite arretrate (periodo 1. novembre 2012 - 31 ottobre 2014) spettanti all'assicurato con le indennità giornaliere per malattia versate in eccesso (causa sovraindennizzo) da \_\_\_\_\_ nel medesimo periodo, questo Tribunale rileva quanto segue. Giusta l'art. 22 cpv. 1 LPGA, il diritto alle prestazioni non può essere ceduto né costituito in pegno. Qualsiasi cessione o costituzione in pegno è nulla. Per l'art. 22 cpv. 2 LPGA, i versamenti retroattivi di prestazioni dell'assicuratore sociale possono tuttavia essere ceduti: a. al datore di lavoro o all'assistenza pubblica o privata, se questi versano anticipi; b. a un'assicurazione che fornisce prestazioni anticipate. L'art. 85bis OAI, che regola il versamento dell'arretrato di una rendita a terzi che hanno effettuato anticipi, precisa in proposito che: " 1 I datori di lavoro, gli istituti di previdenza professionale, le assicurazioni contro le malattie, gli organismi d'assistenza pubblici o privati o le assicurazioni di responsabilità civile con sede in Svizzera che, in vista della concessione di una rendita dell'assicurazione invalidità, hanno effettuato anticipi possono esigere che si versi loro l'arretrato di questa rendita come compensazione e fino a concorrenza dei loro anticipi. È fatta salva la compensazione prevista dall'articolo 20 LAVS. Gli organismi che hanno consentito anticipi devono far valere i loro diritti per mezzo di un formulario speciale al più presto all'atto della domanda di rendita e, al più tardi, al momento della decisione dell'Ufficio AI. 2 Sono considerati anticipi le prestazioni: a. liberamente consentite, nella misura in cui l'assicurato si sia impegnato a rimborsarle e abbia acconsentito per scritto al pagamento dell'arretrato al terzo che gli ha concesso l'anticipo; b. versate contrattualmente o legalmente, nella misura in cui il diritto al rimborso, in caso di pagamento di una rendita, possa essere dedotto senza equivoco dal contratto o dalla legge. 3 Gli arretrati di rendita possono essere versati all'organismo che ha effettuato anticipi fino a concorrenza di questi ultimi e per il periodo nel quale sono stati forniti." Va qui evidenziato che affinché si possa parlare di un diritto al rimborso senza equivoco nei confronti dell'AI (art. 85bis cpv. 2 b OAI), il diritto deve riferirsi direttamente ad una norma legale o contrattuale (DTF 133 V 14 consid. 8.3 con riferimenti). La citata disposizione di legge non è stata modificata dall'art. 22 cpv. 2 LPGA (SVR 2007 IV Nr. 14 pag. 52) e nemmeno dalla 5a revisione dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2008. Le cifre marginali 10065, 10066, 10067, 10068, 10069 e 10070 delle Direttive concernenti le rendite (DR) dell'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti

e l'invalidità, edite dall'UFAS, stato 1° gennaio 2019 (valide dal 1° gennaio 2003), prevedono quanto segue: " (...) 10065 Sono considerati anticipi che possono essere direttamente rimborsati a terzi che li hanno concessi : 10066 - le prestazioni concesse facoltativamente nell'attesa del versamento di una rendita che l'assicurato ha ottenuto con riserva del rimborso approvando per iscritto la restituzione diretta al terzo che le ha concesse; 10067 - le prestazioni concesse per contratto o per legge se dal contratto o dalla legge risulta esplicitamente il diritto al rimborso in caso di pagamento retroattivo della rendita (in questo senso, non è sufficiente che un contratto o la legge preveda semplicemente una clausola di divieto di sovrassicurazione) . 10068 Sono considerate prestazioni concesse per contratto quelle che sono state versate sulla base delle condizioni assicurative generali di un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, sono state erogate come assicurazione contro gli infortuni in campo sovraobbligatorio o sulla base di statuti di una cassa pensioni. Nel caso di prestazioni erogate in base ad una regolamentazione di legge, vanno menzionate soprattutto quelle dell'aiuto sociale pubblico. 10068.1 Nel caso della prestazione di un terzo, si può valutare se si tratti di un anticipo solo nel momento in cui si hanno a disposizione tutte le richieste di versamento a terzi. Se si constata che il terzo in questione avrebbe dovuto effettuare un pagamento del medesimo importo anche nel caso in cui la rendita fosse stata versata dall'inizio del diritto, non si tratta di un anticipo. 10068.2 Se ad esempio l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia è tenuta per contratto a pagare dall'inizio del diritto alla rendita AI solo la differenza tra la rendita e l'indennità giornaliera convenuta e l'importo del versamento retroattivo copre soltanto il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione, le spese non coperte assunte dall'aiuto sociale nello stesso periodo non sono considerate un anticipo (Bulletin AVS/PC n. 241 [d/f]). 10069 L'accordo sottoscritto è necessario in tutti i casi in cui dal contratto o dalla legge non risulta esservi un diritto esplicito e diretto di esigere il rimborso nei confronti dell'AVS o dell'AI. 10070 Il terzo che ha concesso anticipi e che ne rivendica il rimborso deve presentare la sua richiesta per iscritto alla cassa di compensazione competente in ogni caso prima dell'emanazione della decisione d'attribuzione di una rendita. A questo scopo è preferibile utilizzare il modulo 318.183 (VSI 1993 pag. 89). (...) . " 2.10. Nel caso in esame, è incontestato che l'assicurato, in attesa della decisione di rendita AI, abbia ricevuto dal 1° novembre 2012 al 31 ottobre 2014 (periodo della compensazione) da parte di \_\_\_\_\_ delle indennità giornaliere per malattia ai sensi della LCA per complessivi fr. 129'870.-- (cfr. la lettera della \_\_\_\_\_ del 27 settembre 2018 indirizzata all'ufficio rendite della Cassa \_\_\_\_\_ sub doc. 7 della Cassa). Dal formulario "Compensazione di pagamenti retroattivi dell'AVS/ AI" del 27 settembre 2018 (doc. 6 della Cassa) risulta (ancora incontestatamente) che, a fronte dell'importo complessivo di fr. 48'492.-- (pari alle rendite AI riconosciute retroattivamente per il periodo dal 1° novembre 2012 al 31 ottobre 2014), la richiesta di compensazione di fr. 46'470.--, formulata dalla \_\_\_\_\_, è stata riconosciuta dalla Cassa (per il succitato periodo) limitatamente a fr. 37'719.35 ( cfr. doc. 6 della Cassa ovvero: fr. 48'492.-- ridotto della "(...) Compensazione con Servizio Incassi fr. 10'772.65 (...)") . Infatti, nella decisione impugnata (doc. AI 192/423-424), è indicato chiaramente che "(...) I presupposti del diritto per una rendita d'invalidità limitata sono soddisfatti. Dagli arretrati a disposizione della rendita, gli importi di fr. 3'820.40 e 6'952.25 saranno compensati con il Servizio incassi della nostra Cassa per contributi scoperti, mentre l'importo restante di fr. 37'719.35 sarà compensato con la \_\_\_\_\_. Non vi è pertanto nessun versamento in favore del signor RI 1. (...) " (doc. AI 192/423). Per quel che concerne l'inequivocabile diritto di

\_\_\_\_\_ al rimborso nei confronti dell'AI, l'art. 11.3 (sovrassicurazione) delle Condizioni generali dell'Assicurazione malattia individuale di libero passaggio, CGA edizione 1° giugno 2010, prevede che "(...) qualora gli enti d'assicurazione sociali qui sopra elencati (tra cui l'assicurazione invalidità elencata all'art. 11.1 delle CGA; ndr.) versino retroattivamente le loro prestazioni, la persona assicurata riconosce alla \_\_\_\_\_ il diritto di recuperare direttamente presso questi enti la parte delle loro prestazioni che, sommate agli importi versati dalla \_\_\_\_\_, supera l'indennità giornaliera assicurata. (...)” (doc. 14 Cassa). Al riguardo questo Tribunale rileva che non ha alcuna ragione per non applicare le succitate CGA nell'edizione 1° giugno 2010 (rimaste con ogni verosimiglianza immutate rispetto alla precedente edizione e prodotte dalla Cassa sub doc. 9-17) visto anche il silenzio del ricorrente alle reiterate richieste di produzione della polizza di libero passaggio per perdita di guadagno no. 580462-5400 con le relative CGA Edizione 2009 ( cfr. consid. 1.6; va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra questo principio non è però assoluto, visto che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ove ciò fosse ragionevolmente esigibile le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti) ). Accertate quindi la corrispondenza temporale tra gli arretrati di rendita ed il periodo di indennità giornaliere versate in eccesso, l'Ufficio AI, correttamente, non ha proceduto a nessun versamento. Nello scritto del 27 settembre 2019 l'avv. RA 1 ha addotto che "(...) tuttavia in merito alla compensazione con l'AI, si precisa che questa non è applicabile qualora l'indennità giornaliera sia stata fissata in base al salario convenuto nell'assicurazione collettiva precedente (assicurazione di somme). Il Sig. RI 1 svolgeva la funzione di quadro dirigente ed era quindi assicurato per somme (copertura privilegiata secondo la quale non sussiste l'obbligo di eventuali compensazioni). Inoltre nella polizza individuale del Sig. RI 1 risulta l'assicurazione per somme (è previsto infatti il versamento all'assicurato di un'indennità giornaliera forfettaria -taggeld-, l'assicurato non subisce alcuna perdita sul piano economico - compensazione - e l'indennità è versata in funzione del solo grado d'incapacità al lavoro dell'assicurato) e vigendo l'obbligo per \_\_\_\_\_ di garantire le stesse prestazioni alla persona assicurata che esce dall'assicurazione collettiva ed entra in quella individuale, ne consegue che vige lo stesso tipo di assicurazione. (...)” (XIII). Al riguardo questo Tribunale si limita a precisare che contestazioni in merito al diritto ed all'ammontare delle indennità giornaliere per malattia da porre in compensazione, rispettivamente il calcolo della sovrassicurazione non possono essere oggetto della presente vertenza (vedi, per un caso analogo, la STCA 32.2014.46 del 17 marzo 2015). Infatti, in caso di litigio sull'esistenza o l'ammontare di un credito di restituzione derivante dal versamento d'indennità perdita di guadagno, sia che si tratti di crediti fondati sulla LAMal che sulla LCA, spetta alla persona assicurata fare valere la contestazione direttamente nei confronti dell'assicuratore interessato (SZS 2014 pag. 58 = STF 8C\_115/2013 consid. 5.2 ripreso in STF 9C\_287/2014 del 16 giugno 2014 consid. 2.2). La decisione dell'Ufficio AI sul pagamento diretto nei confronti dell'assicurazione perdita di guadagno concerne unicamente le modalità di versamento e non il fondamento e l'ammontare del credito chiesto in restituzione dall'assicuratore (STF 9C.287/2014 citata consid. 2.2 con riferimento

al consid. 4.3 della STF 4A\_24/2012 del 30 maggio 2012 non pubblicato in DTF 138 II 411; STF I 296/03 del 21 ottobre 2004 consid. 4.2). In queste circostanze, dunque, il diritto inequivocabile ai sensi dell'art. 85bis OAI (cfr. art. 11.3 delle CGA) è dato e quindi la compensazione tramite il versamento diretto alla \_\_\_\_\_ effettuato dall'Ufficio AI merita conferma. 2.11. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.12. Secondo 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 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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