

TI_GERICHTE 32.2018.53 vom 18. Februar 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.53

FR: TI_GERICHTE 32.2018.53 du 18 février 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2018.53 del 18 febbraio 2019

Regeste

Richiesta di rendita Ai e contestazione della compensazione tra l'importo delle rendite ed i contributi dovuti. Rinvio degli atti all'amministrazione per l'allestimento di una perizia bidisciplinare e conferma della compensazione per il lasso di tempo in cui la rendita è riconosciuta

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (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; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). L'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de

leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.5. Affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). Per quel che concerne l'invalidità psichica, in due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivamente (dolori somatoformi) e analoghe affezioni

psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". 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 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 Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non

perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2. 2.6. Questo Tribunale chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione. In una sentenza 32.2017.200 del 13 agosto 2018 il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha annullato la decisione dell'UAI che, come in concreto, aveva confermato le conclusioni del medico SMR secondo cui la perizia psichiatrica fatta allestire in ambito amministrativo andava inficiata sulla base delle risultanze del test TOMM. In quell'occasione il TCA aveva accertato che né il test TOMM, né il parere del Servizio Medico Regionale e nemmeno l'esito della valutazione neuropsicologica erano stati sottoposti al perito per una presa di posizione. Ricontrata una lacuna istruttoria che non permetteva di pronunciarsi sullo stato di salute del ricorrente e sulla sua capacità lavorativa, il TCA ha ritenuto che la situazione doveva essere meglio chiarita e, semmai, ulteriormente indagata da specialisti del ramo. Il Tribunale ha annullato la decisione impugnata ed ha rinviato gli atti all'UAI per sottoporre i predetti referti medici al perito e per rivalutare la situazione medica del ricorrente alla luce di tutti gli atti medici in suo possesso e, qualora lo avesse ritenuto opportuno, per effettuare ulteriori accertamenti medici. Nel caso di specie il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria, dopo aver preso atto delle conclusioni della perizia del _____ dell'11 maggio 2015 redatta dal dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia e sottoscritta anche dalla direttrice _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ed averle condivise il 18 maggio 2015, stabilendo da agosto 2013 un'incapacità lavorativa del 75% nella precedente attività e del 60% in attività adeguate (cfr. doc. 104 incarto AI, pag. 499), preso atto dell'esame neuropsicologico breve 2 (ENB-2) della psicologa FSP _____ del 29 marzo 2016, ha ritenuto che i risultati ottenuti dal test di validazione TOMM effettuato in data 17 marzo 2016, inficiassero sia le conclusioni della perizia allestita dal _____, sia il rapporto finale SMR del 18 maggio 2015, sia le valutazioni del medico curante, Dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Questo Tribunale non può condividere l'agire del medico SMR, e meglio l'annullamento di una perizia psichiatrica, allestita da uno specialista in psichiatria e psicoterapia, che ha redatto un referto di 16 pagine dove vengono riassunti tutti gli atti a disposizione, viene approfonditamente descritta l'anamnesi, l'esame clinico secondo AMDP-System, gli approfondimenti testali (valutazione psicodiagnostica o psicometrica), la descrizione della giornata, le attività e le abitudini, il trattamento psichiatrico attuale, il colloquio avuto con il medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, la diagnosi, la discussione e le conclusioni e ritenuta inizialmente valida dallo stesso medico SMR, solo sulla base del test TOMM effettuato il 17 marzo 2016, ossia quasi un anno dopo la visita peritale (colloqui del 5 e 8 maggio 2015). È vero che il test TOMM

effettuato allo scopo “ di valutare l’eventuale tendenza ad esagerare sintomi mnesici e neuropsicologici ” (cfr. pag. 631 incarto AI), ha mostrato risultati al di sotto della norma. Tuttavia questa sola circostanza, isolata, non può assurgere a strumento per invalidare una perizia che di per sé è conforme ai crismi previsti dalla giurisprudenza per attribuire ad un referto pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.4). Innanzitutto il test TOMM non è stato effettuato nell’ambito della valutazione peritale psichiatrica del maggio 2015, ma quale esame neuropsicologico breve 2 (ENB-2) 10 mesi dopo. La stessa psicologa conclude mettendo in dubbio, a titolo ipotetico, il solo esame neuropsicologico, ma non la perizia psichiatrica redatta dal dr. med. _____. Essa afferma che “ si potrebbe ipotizzare che i risultati ottenuti dal soggetto all’ENB-2 non corrispondano alle sue reali abilità cognitive e che potrebbe aver interferito una tendenza ad amplificare i disturbi a livello delle stesse ”, ciò che “ metterebbe in discussione la validità dei risultati ottenuti all’ENB-2 ” (sottolineature del redattore). Inoltre sarebbe stato necessario sottoporre il referto della psicologa FSP _____, unitamente al risultato del test TOMM e del rapporto finale del medico SMR del 24 febbraio 2017 al perito, dr. med. _____, per una presa di posizione (cfr. sentenza 32.2017.200 del 13 agosto 2018) o, semmai, far allestire una nuova perizia psichiatrica ad un altro professionista che tenesse in considerazione sia il referto del _____ che l’esito del test TOMM. Non è invece possibile annullare la perizia sulla base di ipotesi non suffragate da dati concreti affermando, senza ulteriori accertamenti, come sostenuto dal medico SMR, che “ la significativa amplificazione dei sintomi mostrata durante i test neuropsicologici effettuati in marzo 2016 è verosimilmente tale da tempo e pertanto rimane valevole il rapporto SMR finale del 25.02.2014 ” (sottolineatura del redattore) e che “ il rapporto SMR finale del 18.05.2015 è inficiato dal fatto che la perizia psichiatrica cui fa riferimento è inficiata dalla tendenza all’aggravazione successivamente ben dimostrata ”. Ciò vale a maggior ragione se si pone mente al fatto che la PD dr.ssa med. _____ del Neurocentro dell’ _____ di _____ il 27 ottobre 2017, ossia ben prima dell’emanazione della decisione impugnata, ha potuto constatare che l’interessato non simula (“ [...] Dabei betone ich, dass es sich hiermit keinesfalls um Simulation handelt [...] ”, pag. 698 incarto AI), così come affermato pure dal dr. med. _____, FMH neurologia (pag. 694 incarto AI). A questo proposito, ritenuto inoltre che la medesima PD dr.ssa med. _____ ha diagnosticato una “ funktionelle neurologische Störung ” (ICD-10 F44.4, pag. 697 incarto AI) non può neppure essere condivisa la conclusione del medico SMR, non specialista in neurologia, ma in psichiatria, secondo cui “ dal lato neurologico l’assicurato presenta segni e sintomi soggettivi che non appaiono correlabili ad una patologia neurologica specifica ” (pag. 631 incarto AI). Anche questo aspetto avrebbe dovuto essere maggiormente indagato, ritenuto come il 1° dicembre 2017, un altro specialista in neurologia, FMH _____, aveva accertato, a causa di questa patologia, una totale incapacità lavorativa (pag. 694 incarto AI). Questo Tribunale, riscontrata quindi una lacuna istruttoria che non permette di pronunciarsi sullo stato di salute del ricorrente e sulla sua capacità lavorativa, ritiene che occorra procedere con ulteriori accertamenti medici. Alla luce di quanto sopra esposto si impone pertanto una valutazione peritale psichiatrica e neurologica che prenda in considerazione tutti gli atti medici fin qui acquisiti dall’UAI e prodotti dal ricorrente e che tenga pure conto della più recente giurisprudenza federale in ambito di perizie psichiatriche (cfr. consid. 2.5). 2.7. Di norma, l’incarto può essere rinviato all’Ufficio AI (DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall’amministrazione che necessitano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze

negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (" Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist "; cfr. STCA 32.2017.129 del 3 aprile 2018; STCA 32.2014.134 del 21 luglio 2015; STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011) . In concreto, in virtù delle carenze evidenziate si impone un rinvio degli atti all'Ufficio AI per l'allestimento di una perizia psichiatrica e neurologica che si dovrà pronunciare nuovamente sulla domanda di prestazioni.

2.8. L'insorgente contesta inoltre la compensazione effettuata dalla Cassa di compensazione tra la rendita dovuta dal 1° ottobre 2013 al 31 gennaio 2014 con i contributi da lui dovuti ai sensi dell'art. 52 LAVS per la sua responsabilità quale datore di lavoro, complessivamente fr. 5'707.30 (2'693.90 + 3'013.40). Egli non contesta la compensazione con i contributi dovuti nel 2012, 2014 e 2018, ritenuto tuttavia che secondo l'interessato il pagamento effettuato per il contributo del 1° trimestre 2018 (fr. 162.10) deve conseguentemente essere computato in favore dei contributi futuri. Il ricorrente censura unicamente la circostanza secondo la quale la compensazione non terrebbe conto della sua situazione finanziaria e segnatamente che non sarebbe stato effettuato il calcolo del minimo vitale. Per l'art. 20 cpv. 2 lett. a LAVS possono essere compensati con prestazioni scadute i crediti derivanti dalla LAVS, dalla LAI, dalla legge sulle indennità di perdita di guadagno in caso di servizio militare o di protezione civile e dalla legge sugli assegni familiari nell'agricoltura. Per il marg. 10919 DR, invocato dal ricorrente, per principio la compensazione di una rendita o di un assegno per grandi invalidi è ammissibile solo a condizione che il minimo vitale della persona tenuta alla restituzione secondo il diritto dell'esecuzione non sia intaccato (cfr. a questo proposito DTF 115 V 343 consid. 2c, DTF 111 V 103 consid. 3b). Con sentenza pubblicata in DTF 136 V 286 il Tribunale federale ha stabilito che se l'autorità competente in materia di aiuto sociale ha versato alla persona assicurata prestazioni anticipate per il periodo corrispondente a quello delle rendite arretrate, il minimo vitale del diritto esecutivo non costituisce un limite alla compensazione (cfr. anche DTF 121 V 126; STFA I 255/91 del 18 maggio 1992, consid. 2b; STCA del 18 giugno 2003, 32.2002.140; STCA del 23 febbraio 2011, 32.2010.188). In concreto, come rilevato dalla Cassa di compensazione, dagli atti emerge che l'interessato nel periodo oggetto del diritto alla rendita (1° maggio 2014 – 31 gennaio 2014) " ha percepito gli assegni integrativi e gli assegni di prima infanzia " (doc. 001 incarto cassa di compensazione). Il ricorrente afferma che le prestazioni sono state percepite dalla sua convivente (doc. IX), con la quale costituisce l'unità di riferimento ai sensi dell'art. 4 Laps e dunque il calcolo del minimo vitale deve ancora essere effettuato. Questo Tribunale non condivide le affermazioni dell'insorgente. Come emerge dalla DTF 141 II 401, consid. 5.3 e 5.4 gli assegni integrativi servono a coprire il costo aggiuntivo di un figlio, mentre l'obiettivo degli assegni di prima infanzia è quello di creare, nei casi di ristrettezza economica, le condizioni materiali atte a favorire l'educazione del bambino, evitando che il genitore, o i genitori , siano costretti dalle loro precarie condizioni economiche a rinunciare ad accudire i figli secondo le loro aspettative. Gli assegni cantonali in questione intendono quindi sostanzialmente favorire condizioni materiali tali da assicurare, anche nell'ottica di migliorare le pari opportunità tra uomo e donna, che le decisioni di una coppia in merito alla scelta di avere dei figli ed alle modalità di ripartizione del tempo disponibile tra il lavoro professionale e la cura ed educazione dei figli non debbano essere condizionate da

considerazioni di natura finanziaria. Per promuovere queste finalità, il legislatore ha sottolineato che occorre garantire l'universalità di tali assegni (nel senso che il loro campo di applicazione personale si estende a tutta la popolazione residente sul territorio cantonale, indipendentemente dall'attività svolta), la selettività in funzione dei bisogni e del reddito disponibile, nonché la solidarietà. Il TF rammenta che da un lato, l'assegno di famiglia integrativo copre completamente il maggior costo del bambino fino a livello del minimo vitale per il figlio stabilito dalla legge federale del 6 ottobre 2006 sulle prestazioni complementari AVS/AI (LPC; RS 831.30). Esso è disciplinato dagli art. 47 segg. LAF/TI e viene riconosciuto, in funzione delle soglie di intervento previste dalla legislazione sulle prestazioni complementari AVS/AI (cfr. l'art. 10 della legge ticinese del 5 giugno 2000 sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali [Laps; RL 6.4.1.2]), al genitore domiciliato nel Cantone e che vi risiede da almeno tre anni convivendo (anche soltanto in forma parziale) con il figlio, fino al compimento del quindicesimo anno di età di quest'ultimo. D'altro lato, l'assegno di prima infanzia copre il fabbisogno di tutta la famiglia (nei medesimi limiti previsti dalla legislazione sulle prestazioni complementari all'AVS/AI), durante i primi tre anni di vita di un figlio. L'assegno di prima infanzia è disciplinato dagli art. 51 segg. LAF/TI che prevedono che i genitori (o il genitore, in caso di famiglia monoparentale) domiciliati nel Cantone da almeno tre anni hanno diritto all'assegno per il figlio se coabitano costantemente con quest'ultimo. Il titolare ha diritto alle prestazioni sociali di complemento armonizzate (tra cui rientrano gli assegni familiari integrativi e gli assegni di prima infanzia) fino a quando la somma fra il reddito disponibile residuale della sua unità di riferimento, le riduzioni dei premi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di tutte le persone appartenenti all'unità di riferimento, e le prestazioni sociali di complemento di cui beneficia, non raggiunge la soglia di intervento (art. 11 cpv. 1 Laps). Come emerge sempre dalla DTF 141 II 401 al consid. 6.2.1, l'assegno familiare integrativo e l'assegno di prima infanzia rispondono manifestamente ad un obiettivo di politica familiare e come tali sono del resto considerati anche dalla dottrina (D. Cattaneo , La legge sugli assegni di famiglia: caratteristiche, sentenze e problemi aperti, RDAT I 2000 pag. 121 e segg., 135). A differenza dell'assistenza sociale, essi non intendono infatti coprire il "rischio povertà" tout court , quanto piuttosto assicurare il rischio che la scelta di avere uno o più figli possa provocare o aumentare la povertà, sia perché genera costi aggiuntivi (per l'assegno familiare integrativo), sia perché induce un genitore che vuole dedicarsi personalmente alla cura del bambino nei primi anni di vita a diminuire o abbandonare la propria attività lucrativa (per l'assegno di prima infanzia). Al pari degli assegni familiari previsti dal diritto federale, versati "per compensare parzialmente l'onere finanziario rappresentato da uno o più figli" (art. 2 LAFam), gli assegni in questione si configurano in sostanza come uno strumento che vuole impedire che la decisione di avere o non avere figli sia dettata da ragioni prettamente economiche. Anche secondo il legislatore, essi raggiungono pertanto il loro scopo precisamente "nella misura in cui il versamento degli stessi contribuisce ad evitare sia che un figlio sia causa di povertà sia che le famiglie debbano far capo a prestazioni assistenziali" (rapporto della Commissione della gestione e delle finanze n. 5891 del 27 aprile 2010 sul messaggio del 27 febbraio 2007 concernente la valutazione della legge sugli assegni di famiglia, pag. 3 seg.). Il TF ha concluso rilevando che di conseguenza, queste prestazioni non sono affatto concepite come ultima ratio per superare periodi di emergenza, ma si prefiggono di garantire - attraverso un sistema di erogazione in funzione sia del numero di figli che compone l'unità di riferimento, sia del reddito disponibile residuale della famiglia, che è a sua volta influenzato anche dal numero

di figli (art. 49, rispettivamente 54 LAF/TI in relazione con gli art. 2 segg. Laps) - un reddito minimo commisurato alla composizione del nucleo familiare. In determinate situazioni, l'erogazione degli assegni integrativi e di quelli di prima infanzia, può sostituirsi all'assistenza sociale (rispettivamente rimandare la sua percezione ad uno stadio successivo). Questa circostanza è dovuta al fatto che gli assegni litigiosi costituiscono una prestazione versata ai genitori in caso di effettivo bisogno, la quale rimane però pur sempre una misura di politica familiare, visto il "rischio assicurato" sopra evocato. Ne segue che, come rilevato dalla Cassa, con il pagamento degli assegni integrativi e di prima infanzia è stata garantita la copertura del minimo esistenziale anche del ricorrente e non occorre pertanto procedere con il calcolo del minimo vitale LEF. La compensazione va pertanto confermata. Quanto alla questione del pagamento del contributo dovuto per il primo trimestre 2018, questo TCA evidenzia che il versamento dell'importo di fr. 162.10 è avvenuto il 23 aprile 2018 (doc. M), ossia in un periodo successivo all'emissione della decisione impugnata (8 marzo 2018) e pertanto non può essere preso in considerazione. Infatti, secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (fra le tante cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). La questione relativa all'attribuzione del pagamento di fr. 162.10 dovrà semmai essere oggetto di un'altra procedura e di un'altra decisione. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, il ricorso, nella misura in cui contesta la compensazione, va respinto.

2.9. Va ancora rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma del diritto alla rendita intera dal 1° maggio 2013 al 31 gennaio 2014, con diritto al versamento dal 1° ottobre 2013, non vi è spazio per una *reformatio in peius* (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; cfr. sentenza 32.2016.120 del 10 maggio 2017, 32.2014.70 del 30 marzo 2015, sentenza 32.2014.126 del 27 luglio 2015). 2.10. 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 per complessivi fr. 500.- vanno poste a carico del ricorrente nella misura di fr. 200.-- e dell'Ufficio AI nella misura di fr. 300.--.

All'insorgente, parzialmente vincente in causa, vanno riconosciute delle ripetibili (art. 61 lett. g LPG).