

TI_GERICHTE 32.2019.35 vom 19. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.35

FR: TI_GERICHTE 32.2019.35 du 19 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.35 del 19 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. 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). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). A sua volta, 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." 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. 88 a 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 (art. 88 a 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. Ritornando al caso in esame, come detto, dal punto di vista medico-teorico nella STCA 32.207.79 questa Corte aveva stabilito in maniera vincolante che l'assicurato

era inabile in qualsiasi attività da gennaio 2013, inabile al 50% da febbraio 2014 ed al 40% dal marzo 2015 nella sua abituale attività ed inabile al 60% in attività adeguate da febbraio 2014. Sempre nella succitata sentenza era stato rilevato che: " Infine, riguardo al rapporto 30 agosto 2017 del dr. _____ (recte: rapporto 30 agosto 2017 del dr. _____ al dr. _____) prodotto pendente causa (doc. H), giustamente l'Ufficio AI ha fatto presente che tale atto, essendo successivo alla decisione impugnata (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), verrà esaminato nel contesto del postulato e, come verrà detto al prossimo considerando, confermato rinvio." (consid. 2.6). Il succitato rapporto come pure quelli successivi (rapporti 7 maggio 2018 e 16 luglio 2018 del dr. med. _____ in doc. 133 e 145 inc. AI), concernenti l'aspetto somatico, sono stati esaminati dal SMR con annotazioni del 9 maggio 2018, 5 novembre 2018. In particolare nelle annotazioni 5 novembre 2018 il dr. med. Andreoli del SMR ha rettamente evidenziato come i succitati referti "non permettono di variare la valutazione di esigibilità funzionale residuale già espressa dal _____" (doc. 152 inc. AI). A tal riguardo occorre ricordare che nella precedente procedura amministrativa l'assicurato era stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare e nel rapporto 17 giugno 2016 del _____ erano state, fra l'altro, riportate le limitazioni somatiche. Nella STCA 32.2018.79 questo TCA si era poi discostato dalle conclusioni peritali del _____ unicamente per quel che concerne le ripercussioni del danno alla salute psichico sulla capacità lavorativa in attività adeguate. Facendo proprie le considerazioni del _____ (e confermate dal SMR) questa Corte aveva ritenuto l'assicurato inabile al 40% in attività anziché al 60% come valutato dal consulente psichiatrico in ambito _____ (cfr. consid. 2.6 pag. 9). Anche dal punto di vista extra-somatico, con annotazioni dell'8 novembre 2018 il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia al SMR, non ha individuato rilevanti modifiche rispetto a quanto accertato nella precedente procedura ricorsuale (doc. 153 inc. AI). Ne consegue che, non essendo nel frattempo verosimilmente subentrato un rilevante peggioramento della situazione valetudinaria, la valutazione medico-teorica risulta essere la medesima oggetto della precedente decisione impugnata e della STCA 32.2017.79. 2.5. 2.5.1. In merito all'aspetto economico, in particolare per quanto concerne la determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione

inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). 2.5.2. Nel caso in esame, nella STCA di rinvio questa Corte aveva rilevato come nella decisione contestata del 5 aprile 2017 l'Ufficio AI avesse preso in considerazione i dati statistici riguardanti le attività di servizi di ristorazione, "senza tuttavia aver esaminato il salario che l'interessato percepiva prima del danno alla salute, ossia prima del mese di gennaio 2013". Aveva altresì rilevato che: " (...) l'acquisizione dell'estratto del conto individuale dell'assicurato come proposto dall'amministrazione può essere utile. Secondo la giurisprudenza, infatti, generalmente i redditi da attività dipendente ed indipendente (a tal riguardo cfr. STF 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 3) iscritti nel conto individuale possono costituire la base di determinazione del reddito da valido (anche da invalido: DTF 117 V 8 consid. 2c/aa). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dalle effettive entrate (art. 25 OAI; STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.). Solo nel caso in cui l'Ufficio AI non riuscisse a ricostruire quanto l'assicurato effettivamente percepiva prima del danno alla salute, può utilizzare i dati salariali statistici." (consid. 2.7.1) Tenuto presente quanto sopra, con rapporto 12 giugno 2018 il consulente in integrazione professionale ha accertato quanto segue: " (...) Ora, nel caso di specie in data 15 maggio 2018 è stato acquisito l'estratto conto individuale dell'assicurato (documento a disposizione dell'assicurato o del suo rappresentante su esplicita richiesta). Dallo stesso risulta che già dalla fine del 2012 l'assicurato era senza un'attività lucrativa. Dal registro di commercio (vedi documento all'incarto 28 maggio 2018), risulta infatti che il Signor RI 1 ha gestito il negozio di _____ a _____ dal 14 aprile 2011 fino al 24 ottobre 2012, momento in cui ha cessato l'attività (ma non per motivi di salute). Precedentemente e meglio dal maggio 2005 fino al novembre 2011 l'assicurato ha lavorato presso la discoteca _____ a _____ in qualità di security / barman. Attività che è stata nuovamente ripresa anche dopo l'insorgere del danno alla salute ovvero da febbraio 2014. Dal marzo 2014 l'assicurato – oltre al suindicato salario – è al beneficio di prestazioni assistenziali. (...)” (pag. 531 inc. AI) Prendendo i redditi iscritti nel conto individuale per gli anni dal 2006 al 2012 (rispettivamente di fr. 12'2525 + 19'472 + 20'323 + 23'413 + 26'390 + 25'507 + 46'917) il consulente ha determinato un reddito medio di fr. 24'896,20. Di conseguenza egli ha concluso: " (...) Come suindicato, si considera più corretto – differentemente dalla precedente decisione annullata dal TCA – determinare il reddito da valido in base ai salari effettivamente percepiti dall'assicurato, poiché risulta chiaramente dall'incarto che i danni alla salute tutelati dall'AI hanno inciso sulla capacità di guadagno unicamente dal mese di gennaio del 2013 (ovvero quando è insorto l'episodio depressivo in concomitanza al disturbo da deficit dell'attenzione. Si segnala che quest'ultima affezione – a sé stante – esisteva già dall'infanzia e non aveva precluso all'assicurato l'ottenimento di salari anche molto elevati, cfr. i dati al CI del 2000-2001 ove figura il conseguimento di CHF 89'094.-, rispettivamente CHF 93'595.-). Si ritiene dunque che l'assicurato per dei decenni (come risulta dal CI almeno dal 2002) si è accontentato – come scelta di vita – di conseguire dei redditi modesti (per un caso analogo, si rinvia alla sentenza del TCA 32.2016.149 del 22 giugno 2017 consid. 2.10 e 2.10.1). (...)” (pag. 532 inc. AI) Il ricorrente rileva come sin dall'infanzia presenta un deficit da attenzione motivo per cui non è mai riuscito a mettere completamente a frutto la sua capacità lavorativa e quindi non gli si può addebitare di

essersi accontentato, dal 2002, di percepire redditi esigui. Per questi motivi i redditi estrapolati dal suo conto individuale non sono rappresentativi e quindi non posso essere presi in considerazione. Egli pertanto postula che quale reddito da valido si prenda in considerazione l'importo di fr. 67'148,20 determinato sulla base dei dati salariali statistici. Va ricordato che – come esposto nella STCA di rinvio – secondo la giurisprudenza, siccome l'art. 25 cpv. 1 OAI equipara i redditi ipotetici comparativi dell'assicurazione invalidità ai redditi da lavoro soggetti a contribuzione AVS, il reddito da valido può essere determinato sulla base dei redditi iscritti nel conto individuale. Ciò vale in particolare per gli indipendenti (SVR 2010 IV nr. 26 pag. 79, cfr. STF 8C_554/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2.1, 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 3; cfr. in tal senso il marg. 3032.1 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, CIGI). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dall'effettive entrate (STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.). Ritornando al caso in esame, occorre rammentare che in merito alle incapacità lavorative nella sentenza 32.2017.79, rimasta incontestata, questo Tribunale, tenuto conto della perizia psichiatrica 25 marzo 2015 del _____, nonché del rapporto finale 7 giugno 2017 del SMR, aveva ritenuto l'assicurato “ inabile in qualsiasi attività da gennaio 2013, inabile al 50% da febbraio 2014 ed al 40% dal marzo 2015 nella sua abituale attività ed inabile al 60% in attività adeguate da febbraio 2014” (cfr. consid. 2.6 pag. 10), distanziandosi – come scritto sopra – dalla perizia _____ unicamente per quel che concerne l'inabilità in attività adeguate (40% dal mese di febbraio 2014). Alle relative motivazioni va fatto riferimento. Ora, pur non misconoscendo che sin dall'infanzia l'assicurato presenta un disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività diagnosticata in età adulta – così come risulta dalla perizia 25 marzo 2015 del _____ (pag. 81 inc. AI) e dal referto 9 maggio 2016 del dr. med. _____ allegato alla perizia _____ del 17 giugno 2016 (pag. 236 inc. AI) – va tuttavia sottolineato che il danno alla salute extra-somatico è stato fatto risalire al mese di gennaio 2013. A tal riguardo il dr. med. _____ del _____ ha ritenuto che “... l'assicurato, a partire verosimilmente da gennaio 2013, in conseguenza di un episodio depressivo di media gravità che è perdurato almeno fino al gennaio 2014 e che si è sovrapposto ad un disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività già presenti dall'infanzia, presentasse una IL del 100% in ogni attività” (...) (pag. 84 inc. AI) , conclusione avvallata dal SMR nel rapporto finale 23 giugno 2016 (doc. 79 inc. AI). Non è pertanto necessario, come richiesto dall'assicurato nelle osservazioni 19 aprile 2019, interpellare il dr. med. _____ per chiedergli se a causa disturbo da deficit dell'attenzione “ perlomeno molto verosimilmente già sin dalla nascita sino ad oggi l'assicurato presenta una rilevante incapacità lavorativa e conseguentemente anche di guadagno” (XII). Rettamente nel succitato rapporto 12 giugno 2018 il consulente IP ha rilevato che nel conto individuale dell'assicurato risultano iscritti, nonostante il deficit d'attenzione, importanti redditi. Ad esempio, negli anni 1998, 2000 e 2001 sono registrati redditi rispettivamente di fr. 62'490.--, fr. 89'094.-- e fr. 93'595.-- allorché l'interessato era alle dipendenze del _____ di _____, (pag. 515 inc. AI). Inoltre dalla perizia _____ si evince che l'assicurato, dopo la parentesi lavorativa dal 1996 al 2000 al _____, ha lavorato – sempre a _____ – dal 2002 al 2005 quale chef di bar al bar _____ “ _____” e dal 2005 al 2011 come guest manager, barman ed addetto alla sicurezza del _____, esperienze lavorative terminate non per motivi di salute. Poi si trasferisce in Ticino dove apre un negozio di alimentari che è costretto a chiudere nel 2012 per motivi economici (pag. 77 inc. AI). Durante il succitato periodo ha conseguito redditi

modesti (cfr. estratto CI doc. 135 inc. AI), così come evidenziato dal consulente IP nel succitato rapporto 12 giugno 2018. In queste circostanze, si può ritenere che, nonostante il disturbo dell'attenzione, l'assicurato ha saputo acquisire le necessarie competenze professionali tali da permettergli di esercitare attività lucrative, conseguendo anche cospicui redditi. Se del resto, causa del disturbo in parola l'assicurato non avesse acquisito sufficienti conoscenze professionali, il calcolo d'invalidità andava eseguito in applicazione dell'art. 26 cpv 1 OAI ("assicurati senza formazione professionale"), evenienza che nessuno ha paventato, nemmeno l'assicurato. A sostegno di un reddito senza invalidità maggiore di quello definito dall'amministrazione, il ricorrente fa infine riferimento al questionario dell'attuale datore di lavoro " _____ " che in data 2 aprile 2018 ha certificato che – senza il danno alla salute – l'assicurato avrebbe potuto percepire tra i 8'000 e 10'000 franchi mensili (punto no. 5.2, pag. 498 inc. AI). A tal riguardo occorre ricordare che dal 2005 al 2011 l'insorgente aveva lavorato per lo stesso datore di lavoro conseguendo redditi molto inferiori di quanto ora indicato (cfr. estratto CI). Non vi è pertanto altra conclusione, come pertinentemente evidenziato dal consulente, che ritenere che a quell'epoca l'assicurato si era accontentato di redditi modesti. Inoltre, l'attività presso la discoteca _____ non è stata l'ultima attività lucrativa prima del 2013, anno d'insorgenza del danno alla salute. Ne consegue che i suindicati redditi non possono essere presi in considerazione. Ne consegue che il reddito da valido di fr. 24'896,20 definito dall'Ufficio AI, risultato della media dei redditi degli anni 2006 – 2012, va confermato. 2.6. 2.6.1. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del

settembre 2006). 2.6.2. Nella STCA di rinvio questo Tribunale aveva rilevato: " Nella fattispecie concreta, con lo scopo di accertare il salario da invalido ora percepito dall'assicurato, rettamente l'Ufficio AI ritiene di richiedere all'attuale datore di lavoro (_____) un nuovo questionario, tenuto conto che quello agli atti, datato 21 giugno 2014, è precedente all'incremento lavorativo (da marzo 2015) illustrato al considerando precedente ["Dal marzo 2015 l'assicurato, che ha assunto un ruolo di maggiore importanza ed ha lievemente incrementato il proprio impiego, presenta una CL massima del 60% (tempo ridotto rendimento pieno) per le mansioni affidategli presso l'attuale luogo di lavoro. cfr. perizia _____, pag. 84 incarto AI]; evidentemente a condizione che l'assicurato continui ad esercitare tale attività lucrativa. L'Ufficio AI dovrà poi far esaminare dal proprio Servizio d'integrazione professionale le attività adeguate ancora esercitabili dall'assicurato, così come rettamente evidenziato nella risposta di causa. A dipendenza dell'esito di tale accertamento, l'amministrazione procederà alla determinazione del reddito da invalido mediante l'utilizzo dei consueti dati statistici." Dando seguito a quanto sopra, nel menzionato rapporto 12 giugno 2018 il consulente IP ha evidenziato; " (...) Dal nuovo questionario richiesto al _____, risulta che dal febbraio 2015 l'assicurato lavora 20 ore a settimana (50%) con un guadagno lordo di CHF 20'050.00 per l'anno 2015. Il datore di lavoro ha altresì indicato che il salario dell'assicurato corrisponde al suo rendimento e che lo stesso ha sia grandi conoscenze nel settore (difatti attualmente è il responsabile dell'esercizio pubblico per 20 ore la settimana). Si evidenzia che il datore di lavoro ha anche constatato in RI 1 delle limitazioni unicamente a livello corporeo/motorio. Da ciò ne discende che l'assicurato non sfrutta appieno la sua CL residua in quest'attività in quanto medicalmente è stato ritenuto abile al 60%. Il consulente in integrazione professionale ha preso posizione con rapporto dell'11 giugno 2018, indicando varie attività adeguate che l'assicurato potrebbe ancora svolgere e ritenendo esigibile che l'assicurato svolga l'abituale attività (50%) nella misura del 60%. (...)" (pag. 531 inc. AI) per concludere: " (...) Quale reddito da invalido , ritenuto che medicalmente l'attività abituale potrebbe essere svolta al 60 % possiamo riportare il salario attualmente percepito al 50 % di CHF 20'050.- al 60% CHF 24'600.-. Tale salario è altresì in linea con quello pari a CHF 24'173.- conseguibile in attività adeguate (dato estrapolato dalle tabelle TA1 RSS 2014_skill level per gli uomini svolgenti attività semplici di tipo fisico o manuale, livello 1 di competenze, nel settore privato; importo aggiornato con gli ultimi dati a disposizione del 2016, poi decurtato del 60% per inabilità medica e ulteriormente ridotto del 10% per il datore di riduzione legato alle attività leggere). (...)" (pag.532 inc. AI) A quanto esposto sopra va prestata adesione. Del resto, l'insorgente non ha sollevato censura alcuna. 2.7. Dal raffronto tra il reddito da valido (fr. 24'896,20) e quello da invalido (fr. 24'600.-- quale salariato presso il _____ o fr. 24'173.-- di salario statistico) risulta un grado d'invalidità non pensionabile dell'1%. 2.8. Il ricorrente ribadisce la richiesta di versamento degli interessi di mora che, come visto sopra, riguardano unicamente il quarto di rendita dal 1° settembre 2014 al 30 giugno 2015. Nella decisione contestata l'amministrazione ha segnalato che "... il versamento del quarto di rendita limitato è stato già versato in compensazioni esterne (in concreto il provvedimento del 5 aprile 2016 (recte: 2017) è stato immediatamente eseguito, nonostante l'impugnazione al TCA)". Si tratta della compensazione della rendita retroattiva temporanea con i contributi personali per indipendenti del 2012 che l'assicurato doveva versare a favore della Cassa cantonale di compensazione (cfr. la relativa documentazione prodotta con le osservazioni 8 aprile 2019, doc. X/1-3). Va rilevato che la compensazione non è stata oggetto di contestazione. Del

resto, la stessa è ammessa (cfr. art. 20 cpv. 2 LAVS, applicabile all'AI in virtù del rinvio di cui all'art. 52 cpv. 2 LAI). Premesso quanto sopra, nella risposta di causa l'Ufficio AI ha precisato che “ per la suindicata rendita a tempo determinato – prestazione già versata in compensazione alla Cassa _____ per colmare lo scoperto dei contributi insoluti nel 2012 (cfr. i combinati disposti di cui agli art. 50 cpv. 2 LAI, 20 cpv. 2 LAVS e il DTF 141 V 139) – l'assicurato non ha diritto ad interessi di mora (cfr. art. 26 cpv. 4 LPGGA e la nota marginale 10507 (recte: 10508) delle Direttive sulle rendite nell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità ”. L'art. 26 cpv. 2 LPGGA prevede che: “ sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto” , mentre il capoverso 3 stabilisce che: “ se i ritardi sono causati da assicuratore esteri sono dovuti interessi di mora” . L'art. 26 cpv. 4 LPGGA prescrive che “Non hanno diritto a interessi di mora: a) la persona avente diritto alle prestazioni o i suoi eredi, se le prestazioni sono versate retroattivamente a terzi; b) i terzi che hanno versato anticipi o fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 22 capoverso 2 e ai quali le prestazioni accordate retroattivamente sono state cedute; c) le altre assicurazioni sociali che hanno fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 70.” Nel caso in esame va fatto presente che non vi sono gli estremi per applicare l'art. 26 cpv. 4 LPGGA. Dagli atti non risulta infatti che vi siano state prestazioni anticipate da terzi ai sensi della succitata disposizione esecutiva. Infatti, l'amministrazione ha posto in compensazione la rendita retroattiva con un credito contributivo, la cui liceità è data (cfr. appunto i combinati disposti di cui agli art. 50 cpv. 2 LAI, 20 cpv. 2 LAVS e il DTF 141 V 139). Non risultando violazioni dell'obbligo di collaborazione, ritenuto che il diritto al versamento della rendita è stato fissato ex art. 29 cpv. 1 LAI al 1° settembre 2014 (cfr. a tal riguardo Kieser, ATSG – Kommentar, 2015, art. 26 n. 50, pag. 414) e che la domanda di prestazioni è stata inoltrata nel marzo 2014, i termini temporali di cui all'art. 26 cpv. 2 LPGGA sono dati. Va qui precisato che l'obbligo di versare gli interessi moratori inizia per l'insieme delle prestazioni maturate 24 mesi dopo la nascita del diritto in quanto tale e non solo due anni dopo la scadenza di ogni singola rendita mensile (DTF 133 V 13 consid. 3.6). Questa Corte ha già avuto modo di precisare che il diritto ad interessi esiste ogniqualvolta l'amministrazione versa una prestazione più tardi di 24 mesi dalla nascita del relativo diritto, indipendentemente che si tratti del primo riconoscimento di una prestazione o di un aumento della stessa (STCA 32.2010.36 confermata dal TF con pronuncia del 1. luglio 2011 pubblicata in DTF 137 V 273). Ne consegue che il diritto agli interessi moratori nasce dal mese di settembre 2016. Secondo l'art. 7 cpv. 1 OPGA il tasso d'interesse di mora è del 5 per cento. Il capoverso 2 dello stesso articolo dispone “ L'interesse di mora è calcolato ogni mese sulle prestazioni spettanti al beneficiario sino alla fine del mese precedente. Il suo decorso inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento” . Di conseguenza, gli interessi del 5% annui, determinati sull'ammontare della rendita temporanea, vanno versati sino al momento in cui è stata eseguita la compensazione, rispettivamente la data del relativo ordine di pagamento, con ogni verosimiglianza dopo l'emissione della decisione 5 aprile 2017. Spetterà all'Ufficio AI procedere al relativo calcolo, a cui gli atti vengono a tale scopo rinviati. 2.9. In conclusione, visto quanto precede, la decisione contestata merita conferma nella misura in cui concerne la rendita temporanea, tranne per quanto riguarda il diritto agli interessi moratori come illustrato al consid. 2.8. Il ricorso va pertanto accolto parzialmente. Il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto al versamento di ripetibili parziali di fr.

500.-- (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (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 di fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente nella misura di 4/5 e dell'Ufficio AI nella misura di 1/5.

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