

## **TI\_GERICHTE 32.2020.91 vom 30. Juni 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-06-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.91)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.91 du 30 juin 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.91 del 30 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 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).

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).

Giusta l■art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell■abbassamento del grado di invalidità e l■assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d■attesa impostogli dall■art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65).

"( ) 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 pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, **Le perizie nelle assicurazioni sociali** in: *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p. 254-257).

Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, 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 (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia).

In una sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). 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.

In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)).

Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una resistenza alle terapie, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante.

Infine, nella sentenza pubblicata in 145 V 215 (STF 9C\_724/2018 dell'11 luglio 2019) il Tribunale federale ha stabilito che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata anche all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di tossicomanie, fermo restando in ogni caso l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno, ad esempio tramite partecipazione attiva a dei trattamenti medici ragionevolmente esigibili, pena il rifiuto o la riduzione delle prestazioni (cfr. comunicato stampa del 5 agosto 2019, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le tossicomanie (sindromi da dipendenza quali per esempio l'alcolismo [RCC 1989 pag. 283, 1969 pag. 236], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 pag. 115] o da droghe [RCC 1992 pag. 180, 1987 pag. 467, 1973 pag. 600], l'abuso di nicotina oppure l'obesità [RCC 1984 pag. 359]; STCA 32.2017.185 del 18 luglio 2018, consid. 2.5) occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Il Tribunale federale ha così modificato la sua precedente giurisprudenza secondo la quale le tossicomanie erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fossero causate da un danno alla salute fisica o mentale, o avessero provocato una malattia o un infortunio. Decisiva è ora invece la questione di sapere se la persona interessata riesca a fornire, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante (cfr. STF 9C\_136/2019 del 19 agosto 2019, consid. 3 in fine), fermo restando in ogni caso l'obbligo di ridurre il danno, sottoponendosi ai trattamenti medici ragionevolmente esigibili, pena il rifiuto o la riduzione delle prestazioni. Nella STF 9C\_334/2019 del 6 settembre 2019, al consid. 5.2, l'Alta Corte ha ricordato che di principio una nuova prassi si applica a tutti i casi pendenti al momento del cambiamento (cfr. pure STF 8C\_313/2018 del 10 agosto 2018, consid. 8 con rinvii; DTF 137 V 210, consid. 5 e 6 e DTF 132 V 368, consid. 2.1 ivi citato).

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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia,

devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376.

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).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va infine 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 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito 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 premorbo, 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 psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita 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 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.6. Al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurato, l'amministrazione ha chiesto una valutazione al proprio SMR, il quale ha in particolare vagliato gli atti medici dell'assicuratore infortuni.

2.9. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen; cfr STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.8., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire quale sia lo stato di salute dell'interessato e le ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa.

In concreto, con la conferma del diritto ad un'anziana rendita di invalidità dal 1° maggio 2018 al 31 ottobre 2018 nel dispositivo della presente sentenza, su questo specifico punto 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; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015).

2.10. Secondo gli 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).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI.

2.11. Nel caso di specie, inoltre, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), il ricorrente, rappresentato in causa, ha diritto all'importo di fr. 2'000.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.).

## E. 17

agosto 2020”, ossia dal momento della presa a carico specialistica, ciò che non esclude, tuttavia, a priori l'esistenza di un'inabilità lavorativa anche nei mesi precedenti l'inizio del trattamento psichiatrico (cfr. doc. E, corsivo della redattrice). Tale possibilità, al contrario, appare verosimile, ritenuto che lo stesso dr. \_\_\_\_\_, nell'espone l'evoluzione dei disturbi che hanno portato alla presa a carico psichiatrica, ha espressamente indicato che, oltre alla presenza di una serie di disturbi somatici che destabilizzano anche l'equilibrio psichico, un forte impatto l'ha avuto l'infezione da Sars-Cov-2 contratta dall'assicurato nel mese di aprile 2020, con necessità di ospedalizzazione e lo sviluppo, successivamente, di disturbi psichici che hanno infine portato lo psichiatra curante, dopo soli tre incontri, a constatare l'esistenza di un quadro clinico preoccupante, evidentemente non comparso improvvisamente, ma frutto di un'evoluzione nel tempo (cfr. doc. E, corsivo della redattrice). Alla luce di queste chiare considerazioni espresse dallo psichiatra curante, il TCA non condivide quanto espresso dall'amministrazione nelle osservazioni del 21 ottobre 2020, indicando che lo stato di salute peggiorato descritto dal dr. \_\_\_\_\_ è “avvenuto posteriormente alla decisione dell'UAI del 30 giugno 2020” (doc. XI). Senza, infatti, previamente predisporre degli ulteriori accertamenti che possano chiarire la questione, questo Tribunale non può escludere che il peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato con influsso sulla capacità lavorativa residua sia, in realtà, avvenuto già prima della data di emissione della decisione impugnata - che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V consid. 1.2) - dato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata (qui il 30 giugno 2020), quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).. Da notare, inoltre, che l'osservazione formulata dall'Ufficio AI in data 21 ottobre 2020 per escludere l'esistenza di patologie extra-infortunistiche – ossia il fatto che nel referto del 6 agosto 2020 il dr. \_\_\_\_\_ non abbia posto alcuna diagnosi di tale natura - non appare decisiva, visto che in quell'occasione il curante ha comunque indicato di avere già fissato una visita di valutazione psichiatrica presso il dr. med. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), alla luce del disturbo timico con importante deflessione dell'umore dell'interessato, concludendo di non potere “formulare una diagnosi completa fintanto che non avrà luogo la valutazione psichiatrica” (cfr. doc. C). Ora, tali considerazioni non escludono, a mente del TCA, l'esistenza di una patologia psichiatrica invalidante già prima dell'emanazione della decisione impugnata, ciò che dovrà, per l'appunto, essere chiarito dall'amministrazione nell'ambito degli ulteriori accertamenti medici che si impongono, prima di potersi compiutamente pronunciare riguardo al diritto alle prestazioni dell'interessato. 2.9. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare

gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.8., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire quale sia lo stato di salute dell'interessato e le ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita di invalidità dell'assicurato, fermo restando il diritto di quest'ultimo ad una mezza rendita di invalidità dal 1° maggio 2018 al 31 ottobre 2018, non contestato. Va a questo proposito 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 ad una mezza rendita di invalidità dal 1° maggio 2018 al 31 ottobre 2018 nel dispositivo della presente sentenza, su questo specifico punto 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; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015). 2.10. Secondo gli 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). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI. 2.11. Nel caso di specie, inoltre, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), il ricorrente, rappresentato in causa, ha diritto all'importo di fr. 2'000.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGa; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.).

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