

TI_GERICHTE 32.2023.32 vom 15. Februar 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-02-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.32

FR: TI_GERICHTE 32.2023.32 du 15 février 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.32 del 15 febbraio 2023

Regeste

Ricorso (respinto) contro decisione UAI conferente ¼ di rendita. Trattati momento nascita diritto rendita (domanda tardiva), revisione processuale e riconsiderazione, periodo contributivo, scala rendita applicabile, ammontare nominale rendita. Borse di studio non sono, di principio, assoggettate AVS

Erwägungen

E. 1

e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022. ” Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l’asserita invalidità e l’eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l’eventuale diritto ad una rendita è nato il 1. gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, al momento della presentazione della (seconda) domanda (cfr. supra consid. 1.2.) l’assicurato non beneficiava di una rendita AI (cfr. supra consid. 1.1.). La domanda di prestazioni è stata presentata nel febbraio 2022 a fronte di un grado d’invalidità del 100% dal 1. dicembre 2018 (cfr. supra consid. 1.3.), ragione per cui la domanda era tardiva ai sensi dell’art. 29 cpv. 1 LAI. Ne consegue che il diritto alla rendita d’invalidità è nato al più presto il 1. agosto 2022 (per il calcolo del termine di carenza di sei mesi vedasi STF 8C_38/2017 del 10 marzo 2018 consid. 3.2.2., 8C_544/2016 e 8C_568/2016 del 28 novembre 2016, STCA 32.2022.80 del 7 febbraio 2023 consid. 2.2.; CIRAI, cifra 2223) con versamento da tale data (art. 29 cpv. 3 LAI; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, in: RBS 2023, n. 18 ad art. 29 LAI). È dunque a giusta ragione che l’Ufficio AI ha fissato la decorrenza della rendita a far tempo dal 1. agosto 2022 e non – come auspicato dal ricorrente (cfr. supra consid. 1.3. e 1.5.) – prima (cfr. infra consid. 2.3. e 2.6.2.). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. 2.2. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell’invalidità, secondo questa definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s’intende qualsiasi incapacità, totale o parziale,

derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità secondo l'art.

E. 1.3

e 2.6.1.), il ricorrente contesta l'ammontare della rendita, sostenendo che devono essere computati anche i periodi durante i quali egli ha lavorato in Svizzera e all'estero come ricercatore (tramite borse di studio) e nell'ambito di un perfezionamento/riqualifica professionale durante il quale era a beneficio di prestazioni LADI, circostanze che comporterebbero l'applicazione di una scala di rendite superiore a quella applicata (37).

2.7.1. Secondo l'art. 36 cpv. 1 LAI hanno diritto ad una rendita ordinaria gli assicurati che, all'insorgere dell'invalidità hanno pagato i contributi per almeno tre anni. Il cpv. 2 prevede che le disposizioni della LAVS si applicano per analogia al calcolo delle rendite ordinarie e che il Consiglio federale può emanare prescrizioni complete. Le rendite sono determinate sulla base del periodo di contribuzione e del reddito annuo medio.

2.7.2. Periodo di contribuzione/scala di rendita Secondo l'art. 29 cpv. 2 LAVS, le rendite ordinarie sono assegnate in forma di a) rendite complete agli assicurati che hanno un periodo di contributo completo; b) rendite parziali agli assicurati che hanno un periodo di contributo incompleto. Il calcolo della rendita è determinato dagli anni di contribuzione, dai redditi dell'attività lucrativa nonché dagli accrediti per compiti educativi o d'assistenza tra il 1° gennaio successivo alla data in cui l'avente diritto ha compiuto 20 anni e il 31 dicembre che precede l'insorgere dell'evento assicurato (art. 29 bis cpv. 1 LAVS). A seconda che l'assicurato abbia pagato sempre e regolarmente i contributi dovuti oppure che il suo periodo di contribuzione presenti delle lacune contributive, egli ha diritto ad una rendita completa o parziale (art. 29 cpv. 2 lett. a. e b. LAVS), vale a dire ad una rendita calcolata sulla base della scala 44 (rendita completa) o di una scala inferiore (rendita parziale; art. 52 OAVS e 32 OAI). I periodi di contribuzione tra il 31 dicembre precedente l'insorgere dell'evento assicurato e il sorgere del diritto alla rendita possono essere computati per colmare lacune di contribuzione. I redditi provenienti da un'attività lucrativa realizzati durante questo periodo non sono tuttavia presi in considerazione per il calcolo della rendita (art. 52c OAVS). Il periodo di contribuzione è completo se una persona presenta lo stesso numero di anni di contribuzione degli assicurati della sua classe di età (art. 29 ter cpv. 1 LAVS). Secondo l'art. 29 ter cpv. 2 LAVS sono considerati anni di contribuzione i periodi, durante i quali: - una persona ha pagato i contributi (lett. a.); - il suo coniuge, secondo l'art. 3 cpv. 3 LAVS, ha versato almeno il doppio del contributo minimo (lett. b.); - possono essere computati accrediti per compiti educativi o d'assistenza (lett. c.). Infine, secondo l'art. 50 OAVS, si ha un anno intero di contribuzione quando una persona è stata assicurata secondo gli articoli 1a o 2 LAVS durante più di undici mesi in totale e se, durante detto periodo, essa ha versato il contributo minimo o se presenta periodi di contribuzione secondo l'articolo 29 ter cpv. 2 lettere b e c LAVS.

2.7.3. Inoltre, la rendita è calcolata in base al reddito annuo medio

(RAM) dell'assicurato (art. 29 quater LAVS). Esso si compone: - dei redditi risultanti da un'attività lucrativa (lett. a.); - degli accrediti per compiti educativi (lett. b.); - degli accrediti per compiti assistenziali (lett. c.). Il reddito annuo medio è determinato sommando i redditi da attività lucrativa rivalutati e gli accrediti per compiti educativi e assistenziali e divisi per il numero di anni di contribuzione (art. 30 cpv. 2 LAVS). La somma dei redditi dell'attività lucrativa deve essere rivalutata secondo il fattore di cui all'art. 51 bis cpv. 1 OAVS (art. 30 cpv. 1 LAVS). Tale fattore di rivalutazione è stabilito dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) secondo le modalità di calcolo esposte all'art. 51 bis OAVS. Il fattore di rivalutazione è contenuto nelle tavole per la determinazione del reddito annuo medio, edite dall'UFAS, il cui uso è obbligatorio (art. 30 LAVS, art. 51 bis OAVS) e varia a seconda della prima registrazione sul conto individuale determinante per la rendita. Il reddito annuo determinante (indicato sulla decisione) non corrisponde dunque necessariamente all'ultimo reddito conseguito dall'assicurato, ma serve unicamente a fissare la corrispondente rendita. Sono presi in considerazione unicamente i redditi da un'attività lucrativa sui quali sono stati versati i contributi (art. 29 quinquies cpv. 1 LAVS). I contributi delle persone che non hanno esercitato un'attività lucrativa vengono moltiplicati per 100 e in seguito divisi per il doppio del tasso di contribuzione previsto dall'art. 5 cpv. 1; essi sono computati come reddito di un'attività lucrativa (art. 29 quinquies cpv. 2 LAVS). Secondo l'art. 29 quinquies cpv. 3 LAVS, i redditi che i coniugi hanno conseguito durante gli anni civili di matrimonio comune sono ripartiti e attribuiti per metà a ciascun coniuge se: - entrambi i coniugi hanno diritto alla rendita (lett. a.); - una persona vedova ha diritto a una rendita di vecchiaia (lett. b.); - il matrimonio è stato sciolto mediante divorzio (lett. c.). Tuttavia sottostanno alla ripartizione e all'attribuzione reciproca soltanto i redditi conseguiti: - tra il 1° gennaio che segue il compimento del 20.o anno di età e il 31 dicembre che precede l'insorgere dell'evento assicurativo da parte del coniuge che ha per primo diritto alla rendita (art. 29 quinquies cpv. 4 lett. a LAVS) e - i periodi durante i quali entrambi i coniugi sono stati assicurati all'AVS, con riserva dell'art. 29 bis cpv. 2 LAVS (art. 29 quinquies cpv. 4 lett. b LAVS). Secondo l'art. 29 sexies cpv. 1 LAVS è riconosciuto un accredito per compiti educativi agli assicurati per gli anni durante i quali hanno esercitato l'autorità parentale su uno o più figli minori di 16 anni (per determinati casi cfr. art. 52e ed f OAVS). Tuttavia nessun accredito è attribuito per l'anno in cui sorge il diritto, mentre è riconosciuto per l'anno in cui tale diritto si estingue (art. 52f cpv. 1 OAVS). L'ammontare dell'accredito corrisponde al triplo dell'importo della rendita di vecchiaia annua minima al momento dell'inizio del diritto alla rendita (art. 29 sexies cpv. 2 LAVS). L'accredito assegnato alle persone coniugate durante gli anni civili di matrimonio è tuttavia ripartito per metà tra i coniugi (art. 29 sexies cpv. 3 LAVS). Per gli anni in cui il proprio coniuge non era assicurato presso l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti svizzera, al genitore assicurato è attribuito l'accredito intero per compiti educativi (art. 52f cpv. 4 OAVS). Se una persona è assicurata soltanto durante determinati mesi, si aggiungono questi mesi oltre l'anno civile. Un accredito per compiti educativi è concesso per dodici mesi (art. 52f cpv. 4 OAVS).

2.7.4. In concreto, è incontestato che il periodo contributivo completo per la classe d'età dell'assicurato (nato nel 1970) è di 28 anni (arrotondati, DTF 107 V 7 consid. 3a), corrispondente all'intervallo dal 1. gennaio 1991 al 31 dicembre 2018 (cfr. supra consid. 2.7.2.). L'assicurato, nato a _____ ed entrato in Svizzera con il matrimonio durante il mese di febbraio 1996, presenta un periodo di contribuzione complessivo (in Svizzera) di 23 anni e 1 mese, così composto: - contributi pagati come persona senza attività lucrativa da marzo a dicembre 1996 per un totale di 10 mesi (doc.

11-2/7 incarto Cassa); - contributi pagati quale beneficiario d'indennità disoccupazione nel 2002, 2003, 2008 e 2009 per un totale di 4 anni (docc. 11-2/7, 11-4/7, 11-6/7 e 24-2/7 incarto Cassa); - periodi assicurati quali anni di matrimonio tramite la moglie (la quale ha versato almeno il doppio del contributo minimo) per febbraio 1996, dal 1997 al 2001, dal 2004 al 2007 e dal 2010 al 2018 per un totale di 18 anni e 1 mese (docc. 11-5/7 e 24-4/7 e seg. incarto Cassa); - computazione di 2 mesi tra il 31 dicembre precedente l'insorgere dell'invalidità e la nascita del diritto alla rendita conformemente all'art. 52c OAVS (docc. 11-6/7, 24-6/7 e 32-2/3 incarto Cassa). Ne consegue che l'insorgente non presenta lacune contributive da quando è entrato in Svizzera (febbraio 1996) al 31 dicembre 2018. Ciò significa che anche se egli avesse avuto altre attività che non sono state tenute in considerazione, tale circostanza non modificherebbe in ogni caso il periodo contributivo in Svizzera da considerare. Siccome il periodo contributivo completo per la sua classe d'età è di 28 anni e presentando l'insorgente un periodo di contribuzione di 23 anni e 1 mese, egli ha diritto ad una rendita parziale, ossia ad una rendita determinata sulla base di una scala di rendite inferiore a quella massima (44). A questo proposito, la Cassa ha ritenuto che “ Il rapporto tra gli anni contributivi effettivamente assolti e quelli previsti dalla classe di età determina poi l'applicazione della scala parziale 37 ”. Da parte sua, il ricorrente censura l'applicazione della scala di rendita 37, sostenendo che negli intervalli che per la Cassa costituiscono periodi di lacuna contributiva (dal 1997 al 2001, dal 2004 al 2007 e dal 2010 al 2018) egli fosse attivo in Italia ed in Svizzera quale ricercatore tramite delle borse di studio, rispettivamente di aver svolto una riqualifica professionale per la quale beneficiava di prestazioni LADI. Ora, come illustrato dalla Cassa (XII/1A) e come si desume dalla documentazione all'inserto (XII/2), i periodi durante i quali il ricorrente ha beneficiato di indennità di disoccupazione sono stati già considerati – nella misura di quattro anni – nel periodo contributivo. Riguardo agli eventuali periodi contributivi in Italia, si rileva che i periodi assicurativi esteri non vanno considerati nel calcolo di una rendita svizzera (cfr. ad esempio DTF 130 V 51; STCA 32.2022.55 del 10 ottobre 2022 consid. 2.7. con molteplici rinvii giurisprudenziali). Siccome l'insorgente non presenta lacune contributive dal suo arrivo in Svizzera nel febbraio 1996 al 31 dicembre 2018, le borse di studio non possono influenzare il periodo di contribuzione. A proposito delle borse di studio, l'art. 6 cpv. 2 lett. g OAVS prevede che non sono considerate reddito proveniente da un'attività lucrativa le prestazioni per la formazione e il perfezionamento; se versate dal datore di lavoro, sono tuttavia escluse dal reddito da attività lucrativa soltanto se la formazione o il perfezionamento sono strettamente legati all'attività professionale del beneficiario. Le borse di studio e simili prestazioni non sono assoggettate all'AVS se, cumulativamente, non sono riconducibili ad un rapporto di lavoro e l'elargitore non può influenzare il risultato lavorativo. Il citato disposto non permette di differenziare tra prestazioni elargite per un perfezionamento professionale e quelle elargite per la ricerca scientifica (DTF 133 V 297 consid. 2.; Kieser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum AHVG, in: RBS 2020, pag. 138 con rinvii giurisprudenziali). In concreto dagli atti all'inserto, e meglio dallo scritto del 3 febbraio 2023 dell'avv. RA 1 alla Cassa, emerge che le borse di studio, per ammissione dell'assicurato medesimo, sono state elargite a fondo perso e non da datori di lavoro: “ Il sig. RI 1 nei periodi 1997-2001, 2004-2007 e 2010-2018 è sempre rimasto domiciliato in Svizzera e non ha svolto attività lucrative all'estero alle dipendenze di un datore di lavoro estero. Ciò non di meno, va precisato che il sig. RI 1 in alcuni dei lassi di tempo da voi indicati ha svolto attività quale ricercatore all'estero (Italia) senza percepire uno stipendio dagli istituti esteri, ricevendo però dei contributi/indennità tramite delle borse di studio .

[...]" (doc. 22-1/9 incarto Cassa, sottolineature del redattore). Ne consegue che, conformemente all'art. 6 cpv. 2 lett. g OAVS e alla surriferita giurisprudenza, le borse di studio di cui l'insorgente ha asseritamente beneficiato non sono in concreto assoggettate all'AVS, ragione per cui esse non influenzano neppure il calcolo dell'importo del reddito annuo medio. Visto quanto precede, questa Corte non ravvisa alcun motivo per scostarsi dalla scala di rendita 37 applicata, correttamente (cfr. Tabelle delle rendite 2023, edite dall'UFAS, valide dal 1. gennaio 2023, pagg. 8 e 12, reperibili in tedesco ed in francese su www.sozialversicherungen.admin.ch/de/f/5622), dalla Cassa. Siccome la contestazione dell'ammontare nominale della rendita AI si basava esclusivamente sulla contestata applicazione della scala di rendita 37, quanto segue è a puro titolo abbondanziale. Il TCA può far propria l'esautiva e corretta presa di posizione della Cassa allegata alla risposta di causa: "[Per quanto attiene al reddito annuo medio, n.d.r.] La Somma dei redditi, estrapolata dal conto individuale [...], ammonta a fr. 56'050. Questo importo va rivalutato in funzione dell'indice previsto per l'adeguamento delle rendite all'evoluzione dei prezzi e dei salari di cui all'art. 33 ter LAVS (art. 30 cpv. 1 LAVS) e diviso per gli anni di contribuzione. Il fattore di rivalutazione è stabilito dall'[...] UFAS secondo le modalità di calcolo contenute nell'art. 51 bis OAVS e varia a seconda della prima registrazione sul conto individuale determinante per la rendita. Nel presente caso, la prima registrazione determinante [...] è avvenuta nel 1996 e il fattore di rivalutazione risulta essere così 1.000. L'importo rivalutato va poi diviso per il periodo effettivo di contribuzione [22 anni e 11 mesi, n.d.r.]. Non avendo avuto figli [...] non sono stati computati accrediti per compiti educativi. Il reddito annuo medio [...] della rendita [...] corrisponde [...] a fr. 2'844.00 (56'050.00 x 1.000 : 22 anni e 11 mesi = 2'446.00, arrotondato all'importo immediatamente superiore secondo le tabelle UFAS). A seguito dell'adeguamento all'evoluzione dei prezzi e dei salari, dal 1. gennaio 2023 [...] è stato rivalutato a fr. 2'940.00. Tenuto conto di un reddito annuo medio di fr. 2'940.00 [...], nonché di una scala di rendita 37, con l'ausilio delle tabelle UFAS, l'assicurato è stato posto al diritto di una rendita intera pari a fr. 1'030.00 mensili (stato 2023). In conclusione, gli importi assegnati con le contestate decisioni risultano così corretti." (XII/1A, sottolineatura del redattore) La decisione impugnata va di conseguenza confermata. 2.8. Come accennato (cfr. supra consid. 1.8.), il ricorrente ha richiesto l'assunzione di diversi mezzi di prova. Siccome i fatti alla base della presente vertenza sono stati sufficientemente provati tramite la documentazione prodotta dalle parti, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori mezzi di prova. Infatti, da una parte l'incarto AI è stato prodotto dall'amministrazione in questa sede e, dall'altra, il ricorrente non ha neppure illustrato i motivi per giustificare il richiamo di tutte le sue pregresse vertenze giudiziarie ed amministrative, disattendendo manifestamente il dovere di collaborazione delle parti (cfr. supra consid. 2.6.2.). Inoltre, si rileva che nell'incarto AI sono già presenti le " procedure giudiziarie relative al sig. RI 1 relative alle pregresse contestazioni di decisioni dell'Ufficio AI sempre con riguardo alle richieste di concessione di una rendita AI ". Va qui rammentato che, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (STF 9C_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 7; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid.

7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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 del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

E. 4

cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è dunque di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). 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., p. 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 ch'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 p. 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). 2.3. L'art. 29 cpv. 1 LAI stabilisce che 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, ma al più presto a partire dal

mese seguente il compimento dei 18 anni. Il termine di carenza di sei mesi configura un presupposto formale che non va confuso con l'anno d'attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, quest'ultimo essendo un presupposto materiale (STF 8C_544/2016 del 28 novembre 2016 consid. 4.1. con rinvii giurisprudenziali). L'Ufficio AI non è dunque tenuto a verificare il diritto alla rendita per il periodo precedente alla domanda di prestazioni e per i sei mesi successivi (STF 9C_661/2017 del 19 gennaio 2018 consid. 5.1. con rinvio giurisprudenziale). Se un assicurato si annuncia più di sei mesi dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, rispettivamente dell'inizio dell'anno d'attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, la domanda è tardiva e l'assicurato perde il diritto alla rendita per ogni mese di ritardo (CIRAI, cifra 2223 con esempio). Il cpv. 2 dell'art. 29 LAI prevede che fintanto che l'assicurato può pretendere un'indennità giornaliera ai sensi dell'art. 22 LAI, il diritto alla rendita non nasce. Il cpv. 3 dell'art. 29 LAI sancisce che la rendita è versata dall'inizio del mese in cui nasce il diritto. Infine, il cpv. 4 dell'art. 29 LAI prevede che le rendite corrispondenti a un grado d'invalidità inferiore al 50 per cento sono versate solo agli assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente (art. 13 LPGa) in Svizzera. Questo presupposto deve essere adempiuto anche dai congiunti per i quali è chiesta una prestazione. (Su questi aspetti cfr. Gerber, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht IVG, 2022, n. 12-54 ad art. 29 LAI; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: RBS 2023, pagg. 395-402; Valterio, Commentaire - Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 1-13 ad art. 29 LAI) 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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 Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). 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. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 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). Nel 2015 il Tribunale

federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (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 in 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). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze appena citate il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata 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. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha successivamente costantemente confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 (cfr. ad esempio 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; STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 (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,

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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 (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). 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). A proposito del ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2 bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPG – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 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 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a) cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a) cc) 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 ancora evidenziato 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 pag. 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 pag. 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; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. 2.6.1. Nel caso concreto, in occasione della seconda domanda di prestazioni presentata nel febbraio 2022 (cfr. supra consid. 1.2.), il medico SMR ha accertato un'incapacità lavorativa completa dell'assicurato in ogni attività a far tempo dal dicembre 2018, ossia dalle visite psichiatriche effettuate dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____ (entrambi specialisti in psichiatria e psicoterapia) dell' _____ (doc. 142, pag. 720 e segg.). Sulla scorta di tali accertamenti l'Ufficio AI ha stabilito un grado d'invalidità del 40% dal 1. febbraio 2019 (inizio dell'incapacità lavorativa media di almeno il 40%, determinata retrospettivamente come da tabella doc. 161, pag. 914 incarto AI) ed un grado d'invalidità del 100% dal 1. maggio 2019 (ossia tre mesi dopo il peggioramento dello stato valetudinario, art. 88a cpv. 2 OAI; per il calcolo dei mesi vedasi ad esempio la STF 9C_996/2010 del 5 maggio 2011 consid. 8.). Trattandosi, di una domanda tardiva (cfr. supra consid. 2.1. e 2.3.), il diritto alla rendita ed al suo versamento è nato il 1. agosto 2022. Il ricorrente contesta la valutazione medica del SMR, ritenendo "alquanto verosimile" che le affezioni psichiatriche fossero presenti già al momento della presentazione della prima domanda di rendita, ragione per cui il diritto alla rendita sarebbe nato prima di quanto determinato dall'Ufficio AI. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente

vagliato dal medico SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni. 2.6.2. L'insorgente sostiene che “ la presenza delle problematiche di natura psichiatrica [...] risalgono [...] a pochi mesi dopo la prima decisione negativa (9.5.2018) [...]. Visto l'istoriato medico/sanitario [...] appare alquanto verosimile che tali problematiche fossero già presenti al momento della presentazione della domanda AI sfociata con la citata decisione del 9.5.2018. ” (I, pag. 4). 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 si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 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 261 consid. 3b con riferimento). Nel caso concreto il ricorrente si è limitato ad un rinvio generico alla documentazione agli atti e, quindi, disattendendo il dovere di collaborazione, circostanza che comporta le suevocate conseguenze. I certificati medici prodotti con le osservazioni (non ratificate dal curatore) al progetto di decisione qui impugnata (doc. 169 e allegati incarto AI) sono irrilevanti, giacché non vi sono indicazioni sulla capacità lavorativa, né sulla durata della stessa. Inoltre, il medico SMR ha già accertato un'incapacità lavorativa completa in ogni attività dal 1. dicembre 2018. Comunque anche se, per ipotesi di lavoro, si volesse seguire la tesi del ricorrente, essa risulta in ultima analisi irrilevante riguardo al diritto alla rendita: trattandosi di una domanda tardiva ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, il diritto ad una rendita sarebbe in casu nato al più presto il 1. agosto 2022 e non prima (cfr. supra consid. 2.1. e 2.3.). 2.6.3. Sempre sostenendo che l'affezione psichiatrica fosse presente già al momento della prima domanda di prestazioni, il ricorrente chiede la riconsiderazione ex art. 53 cpv. 2 LPGA della decisione del 9 maggio 2018 cresciuta in giudicato (cfr. supra consid. 1.1.), censurando il fatto che l'Ufficio AI non gli abbia comunicato il motivo per cui non intende procedere con una riconsiderazione, circostanza, quest'ultima, che configurerebbe una violazione del diritto di essere sentiti (I, pag. 5). 2.6.3.1. Prima di valutare la fondatezza della domanda di riconsiderazione, occorre verificare se in concreto vi sono gli estremi per procedere ad una revisione processuale. Giusta l'art. 53 cpv. 1 LPGA le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. La nozione di fatti o mezzi di prova nuovi è valutata allo stesso modo sia che si tratti di una revisione processuale di una decisione amministrativa (art. 53 cpv. 1 LPGA), sia che si tratti di revisione di una pronunzia cantonale (art. 61 lett. i LPGA) o di una revisione di una decisione del Tribunale federale (art. 123 cpv. 2 lett. a LTF) (STF 9C_457/2022 del 3 aprile 2023 consid. 3.1. e STF C 223/06 del 16 gennaio 2008 consid. 3.2.; Flückiger, BSK-ATSG, n. 21 ad art. 53 LPGA). Un fatto è considerato nuovo se si realizza allorquando nella procedura principale erano ancora ammissibili delle allegazioni di fatto, ma esso non era noto al richiedente malgrado tutta la sua diligenza: trattasi di pseudonova (STF 9C_21/2019 del 10 aprile 2019 consid. 3. e DTF 144 V 245 consid. 5.2.). Non è inoltre necessario che i nuovi fatti fossero sconosciuti a tutte le parti: è sufficiente che il richiedente non li conoscesse (STF 8C_658/2017 del 23 febbraio 2018 consid. 5.1.). Un

nuovo fatto è considerato rilevante se è di natura tale da modificare la fattispecie alla base della decisione contestata e a condurre ad un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto a favore o a sfavore del richiedente (DTF 144 V 245 consid. 5.2.; STF 8C_720/2009 consid. 5.1. e seg.). Per contro, non sono considerati nuovi i fatti che al momento della decisione sono stati trascurati o che conducono semplicemente ad un nuovo apprezzamento di fatti conosciuti: è infatti necessario che l'errato apprezzamento che ha condotto all'errata decisione sia stato causato proprio dalla mancata conoscenza del fatto (Flückiger, op. cit., n. 21 e 23 ad art. 53 LPGA con riferimenti). Circa i nuovi mezzi di prova, il Tribunale federale ha sancito che essi assurgono a motivo di revisione solo se dimostrano in modo chiaro (ted. eindeutig oder mit überlegenen Gründen) l'errore della precedente decisione (STF 8C_797/2011 del 15 febbraio 2012 consid. 5.2. con riferimenti). Decisivo è che il mezzo di prova non serva solo ad un (diverso) apprezzamento della fattispecie ma alla sua ricostruzione (STF 197/2020 dell'11 maggio 2020 consid. 3.2.; STF 9C_682/2017 del 6 settembre 2018 consid. 4.3.1. con rinvii giurisprudenziali). Sono necessari nuovi elementi fattuali in grado di dimostrare che la decisione resa era oggettivamente viziata. Una prova è quindi considerata concludente se idonea a modificare la precedente decisione (STF 9F_14/2010 del 16 marzo 2011 consid. 3.1.). I mezzi di prova sono considerati nuovi se al momento dell'emanazione della decisione da sottoporre a revisione erano già esistenti ma chi li produce dimostra di non essere stato in grado di invocarli in quella procedura pur esercitando tutta la sua diligenza (STFA H 223/06 del 17 gennaio 2008 consid. 4.1. con rinvii giurisprudenziali e dottrinali). Nuovi sono anche i mezzi di prova (come ad esempio una perizia) allestiti successivamente alla decisione di cui si chiede la revisione (Flückiger, op. cit., n. 26 ad art. 53 LPGA). Nel valutare se si è in presenza di un nuovo mezzo di prova va applicato un rigore accresciuto, atteso che la revisione, quale rimedio giuridico straordinario, non ha quale scopo quello di colmare leggerezze procedurali successivamente all'emanazione della decisione di cui si chiede la revisione (STF 8C_197/2013 del 28 maggio 2013 consid. 2.2. e 8C_523/2012 del 7 novembre 2012 consid. 3.3.1. con molteplici rinvii giurisprudenziali). La revisione processuale può essere iniziata d'ufficio o su richiesta e l'assicuratore non dispone di un margine d'apprezzamento, nel senso che esso deve procedere in tal senso non appena viene a conoscenza di nuovi fatti rilevanti o di nuovi mezzi di prova, a prescindere dal fatto che vi sia stata un'esplicita richiesta di revisione (Flückiger, op. cit., n. 39 ad art. 53 LPGA con rinvii dottrinali; Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 2020, n. 36 ad art. 53 LPGA). Per costante giurisprudenza, i fatti nuovi e nuovi mezzi di prova devono essere fatti valere, di principio, entro novanta giorni dalla loro scoperta (termine relativo), rispettivamente entro dieci anni dalla notifica della decisione (termine assoluto); trattasi di termini di perenzione. Il termine di novanta giorni inizia a decorrere con la conoscenza certa del fatto nuovo o del nuovo mezzo di prova secondo il principio della buona fede ed è salvaguardato se il richiedente presenta una richiesta di revisione processuale o se l'assicuratore emana una decisione entro tale termine (nell'assicurazione invalidità è sufficiente il preavviso) (STF 9C_457/2022 del 3 aprile 2023 consid. 3.2. e seg.; Forster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrechts, in: RBS 2021, n. 14 e 16 ad art. 53 LPGA; Flückiger, op. cit., n. 47-54 ad art. 53 LPGA; Kieser, op. cit., n. 39 ad art. 53 LPGA e Mächler, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, n. 1 e seg. ad art. 67 PA). Tornando al caso che ci occupa, occorre verificare se la perizia psichiatrica del 21 dicembre 2019 (cfr. supra consid. 2.6.1.) configura un nuovo mezzo di prova ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LPGA. Si

rileva innanzitutto che agli atti non vi è alcuna documentazione attestante affezioni psichiatriche antecedenti alla prima domanda di prestazioni. Accertato ciò, nell'ambito della prima domanda di prestazioni (cfr. supra consid. 1.1.) l'assicurato è stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare presso _____ di _____, estesa ad un consulto psichiatrico effettuato dal dr. _____ (specialista in psichiatria a psicoterapia (docc. 43-45 incarto AI) e confluita nel rapporto peritale del 22 febbraio 2018 (doc. 50 incarto AI). Il citato psichiatra, dopo aver visitato personalmente l'assicurato il 17 ed il 31 gennaio 2018, esperiti l'anamnesi e l'esame psichico, ha concluso che in quel momento l'assicurato non presentava alcuna affezione psichiatrica, rilevando che " l'impatto delle due aggressioni subite nel 2015 e nel 2016, pur non avendolo apparentemente destabilizzato emotivamente, lo ha lasciato però certamente alquanto amareggiato e scosso [...]" (doc. 50, pag. 150-157 incarto AI). Le conclusioni del dr. _____ sono state vagliate e fatte proprie dai periti del _____ (doc. 50, pagg. 135, 136, 138, 139 e 145 incarto AI). Anche l'assicurato condivideva tali conclusioni (doc. 50, pagg. 139 e 152 incarto AI: " L'A. nega di accusare dei disturbi a carico della sfera psicologica e mentale "). Il rapporto peritale è stato inoltre fatto proprio dal medico SMR (doc. 51 incarto AI). Con decisione del 14 novembre 2018 l'Autorità Regionale di Protezione ha ordinato l'allestimento di una perizia psichiatrica per il tramite del Servizio _____ di _____ " atta a determinare il disturbo di cui [l'assicurato curatelo, n.d.r .] soffre e a stabilire quali eventuali misure di cura medica e di sostegno psicoterapeutici e sociali attivare " (CDP 9.2019.213 del 15 luglio 2020, doc. 136, pag. 688 incarto AI). Dopo aver visionato la documentazione medica agli atti (doc. 142, pagg. 727, 730 e 734 incarto AI), effettuato tre colloqui medico-psichiatrici (il 6, 7 e 14 dicembre 2018, doc. 142, pag. 724 incarto AI) presso il reparto protetto dove l'assicurato era ricoverato in modalità coatta (doc. 142, pag. 729 incarto AI), svolti i test psicometrici il 19 dicembre 2018 per il tramite le psicologhe coadiuvanti (doc. 142, pagg. 736-744 incarto AI), l'anamnesi durante la quale l'assicurato ha nuovamente negato precedenti affezioni psichiatriche (doc. 142, pag. 728 incarto AI), i periti psichiatri dr. _____ e dr.ssa _____ hanno formulato la diagnosi di " Sindrome delirante, sottotipo querulomane F 22.0 " a far tempo da dicembre 2018 (doc. 142, pag. 744 incarto AI), osservando come la patologia si sia sviluppata nel tempo partendo da una personalità di tipo narcisistico-paranoidea (doc. 142, pagg. 733, 734 e 744 incarto AI), rilevando altresì come l'assicurato non ha mai assunto terapie psicofarmacologiche (doc. 142, pag. 747 incarto AI). Nel suo scritto del 9 febbraio 2022 indirizzato all'Istituto delle assicurazioni sociali il curante dr. _____ (specialista in medicina interna) ha osservato che: " Dalla precedente perizia effettuata dal [...] _____ non emergono alcune problematiche ma che sembrano essere divenute fonte di aggravamento dello stato di benessere psicofisico : 1. Il Dott. _____ non aveva rilevato delle problematiche particolari come indicato nella perizia del 31 gennaio 2018 [...]. Nella perizia psichiatrica del 21 febbraio 2019 dell' _____ viene invece indicato "Sindrome delirante sottotipo querulomane F 22" senza indicazione dettagliata delle limitazioni personali e del grado percentuale di invalidità che ne deriva [...]" (sottolineatura del redattore). Tutto bene considerato, il rapporto peritale del 21 febbraio 2019 non può essere considerato un nuovo mezzo di prova ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LPGA. Infatti, i periti psichiatri non hanno asserito che l'affezione psichiatrica formulata nel dicembre del 2018, fosse antecedente alle visite peritali, anzi: essi hanno dichiarato che essa è la conseguenza dello sviluppo nel tempo di una personalità patologica di tipo narcisistico-paranoidea ed anche il curante si è limitato ad osservare un " aggravamento

dello stato di benessere psicofisico”, senza contestare quanto accertato dal dr. _____ nell’ambito della prima domanda di prestazioni. Ne consegue che il rapporto peritale del dr. _____ e della dr.ssa _____ non assurge a nuovo elemento in grado di sconfiggere quanto accertato dal dr. _____ e, quindi, di dimostrare che la (prima) decisione resa dall’Ufficio AI era oggettivamente viziata poiché fondata su una valutazione medica errata. Già per questo motivo la revisione processuale è fuori discussione. Inoltre, dagli atti all’inserimento risulta che l’assicurato era venuto a conoscenza del surriferito rapporto psichiatrico al più tardi il 6 gennaio 2020, ossia quando ha presentato “ ricorso alle decisioni 32.2018.188 e 43.2019.2 del Tribunale Cantonale delle assicurazioni ” al Tribunale federale (doc. 118, pag. 570 in fine). Ammesso e non concesso che il “ sollecito evasione compiego documentazione sanitaria utile per la revisione inerente all’aggravio dello stato di salute [...]” dell’8 giugno 2022 (doc. 148 incarto AI) fosse da interpretare quale domanda di revisione processuale ex art. 53 cpv. 1 LPGa, il termine di perenzione di novanta giorni dalla conoscenza del rapporto peritale del 21 febbraio 2019 era già ampiamente decorso, circostanza, anche questa, che conformemente alla surriferita giurisprudenza preclude una revisione processuale. Visto quanto precede, i presupposti per una revisione processuale non sono in concreto adempiuti. 2.6.3.2. Per quanto concerne la riconsiderazione ex art. 53 cpv. 2 LPGa, essa è prerogativa esclusiva dell’amministrazione, come rettammente rilevato dall’Ufficio AI (XII, pag. 5; doc. 178 incarto AI): né l’assicurato, né l’autorità giudiziaria (ma tutt’al più l’UFAS, STF 9C_505/2007 del 7 maggio 2008 consid. 2.3.) possono imporre una riconsiderazione di una decisione cresciuta in giudicato formale (DTF 133 V 50 consid. 4.1. con riferimenti; Flückiger, op. cit., n. 2, 55, 56, 60 e segg. e 91-92 ad art. 53 LPGa; CIRAI, cifra 6104). Inoltre, una decisione cresciuta in giudicato materiale, ossia la decisione amministrativa valutata sotto il profilo materiale dall’autorità giudiziaria, non può formare oggetto di una riconsiderazione (STF 9C_483/2022 del 28 agosto 2023; DTF 138 V 147 consid. 2.1.; Flückiger, op. cit., n. 77 ad art. 53 LPGa; Forster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, in: RBS 2021, pag. 496 e seg.). Infine, la decisione dell’amministrazione di non entrata in materia su una richiesta di riconsiderazione può essere comunicata per iscritto, senza ulteriori vincoli di forma, non potendo essere impugnata (Flückiger, op. cit., n. 91 ad art. 54 LPGa). In concreto, la decisione del 9 maggio 2018 è cresciuta in giudicato formale (cfr. supra consid. 1.1.), ragione per cui la decisione – comunicata all’assicurato in forma scritta (doc. 171, pag. 992 incarto AI) – dell’Ufficio AI di non procedere ad una riconsiderazione della decisione in parola risulta conforme ai surriferiti dettami giurisprudenziali e dottrinali. Pertanto, l’agire dell’amministrazione è corretto. 2.7. Come accennato (cfr. supra consid.

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