

# TI\_GERICHTE 32.2024.82 vom 16. April 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-04-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.82](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.82)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.82 du 16 avril 2025

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.82 del 16 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 2

LOG (STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015; 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011). nel merito 2.2. Due sono gli oggetti litigiosi: il primo è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2021, ad una rendita con grado d'invalidità del 66% dal 1. febbraio 2022 al 31 dicembre 2023, ad una rendita con grado d'invalidità del 69% dal 1. gennaio 2024, mentre il secondo concerne la liceità della compensazione delle indennità giornaliere versate dall'Ufficio AI durante il provvedimento d'accertamento professionale con le rendite riconosciute retroattivamente per tale periodo. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). La cifra 9101 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2025) prevede che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". La cifra 9102 CIRAI prevede che " Se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'articolo 88a OAI [...]". La cifra 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2025) prevede che: "[...] le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022 ".

Secondo la cifra 4102 CIRAI “ Se una prima decisione di rendita prevede contemporaneamente la concessione di una rendita e la sua successiva riduzione o soppressione, la riduzione o soppressione della rendita d’importo più elevato è decisa con effetto da uno dei momenti menzionati all’art. 88a capoverso 1 OAI. La rendita è ridotta o soppressa il primo giorno del mese successivo, dopo la scadenza del termine di tre mesi. Non si tratta di una revisione, ragion per cui non è applicabile l’articolo 88bis capoverso 2 lettera a OAI (DTF 121 V 264; RCC 1980 pag. 595). ” Giusta la lett. b cpv. 1 della surriferita modifica legislativa “ I beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell’entrata in vigore della presente modifica e che all’entrata in vigore della presente modifica non hanno ancora 55 anni compiuti continuano ad avere diritto alla rendita precedente fintantoché il loro grado d’invalidità non subisca una modificazione secondo l’articolo 17 capoverso 1 LPGA. ” (cfr. cifra 9103 CIRAI afferente alle condizioni per il passaggio al nuovo sistema di rendite lineare per le rendite correnti). Ne discende che 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 che in caso di una modifica rilevante ex art. 17 LPGA a partire dal 1. gennaio 2022 torna applicabile il nuovo sistema di rendite, ad eccezione degli assicurati facenti parte del cosiddetto gruppo «diritti acquisiti» (persone nate negli anni dal 1957 al 1966). In concreto RI 1 è nato nel 1988 e ha presentato la domanda di prestazioni nel marzo 2021 (cfr. supra consid. 1.1.), ragione per cui il diritto ad una rendita è insorto al più presto nel settembre 2021 (art. 29 cpv. 1 LAI). Il ricorrente sostiene che il grado d’invalidità sarebbe comunque superiore al 70%, ragione per cui continuerebbe a beneficiare di una rendita intera anche sotto l’egida del nuovo diritto (art. 28b cpv. 3 LAI). Visto quanto precede, in casu torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. 2.3. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 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 la surriferita 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 LPGA). L’incapacità al guadagno è definita all’art. 7 LPGA 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 LPGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d’invalidità di cui all’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre 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 LPGGA 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 che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 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).

2.4. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA 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 LPGGA (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. 29 bis OAI 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. 29 bis 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. 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 Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013).

2.5. 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 succitate due sentenze in parola 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 confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.6. 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). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 54a 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 LPGA – 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 pagg. 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/RSAS 1999 pagg. 105 segg.), 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto 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).

## **E. 2.7**

2.7.1. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato l'Ufficio AI ha dapprima attuato un provvedimento professionale nella forma di un percorso di accertamento professionale presso il \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 1.3.). Successivamente, l'amministrazione ha fatto esperire una perizia bidisciplinare in ambito psichiatrico e reumatologico, fatta propria dal medico SMR (cfr. supra consid. 1.5.). Il ricorrente contesta la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, sostenendo in particolare che, contrariamente a quanto sostenuto dal medico SMR e dall'amministrazione, i periti esterni indipendenti hanno omesso di prendere posizione sulla discrepanza tra le loro conclusioni e quelle di cui al rapporto del \_\_\_\_\_ in punto alla capacità lavorativa accertata e ai limiti funzionali rilevati (cfr. supra consid. 1.9.). Questo Giudice, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione delle decisioni contestate, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può (ancora) confermare le conclusioni dell'Ufficio AI, ma ritiene indispensabile che, onde addivenire ad un affidabile giudizio sul diritto a prestazioni dell'assicurato, vengano preliminarmente esperiti (ulteriori) approfondimenti medico-specialistici. Questo per i

motivi che seguono. 2.7.2. Come accennato, il ricorrente rimprovera all'amministrazione di non aver preso posizione sulla discrepanza tra quanto accertato dai periti esterni indipendenti e le conclusioni del CAP in punto alla capacità lavorativa residua, ai limiti funzionali (giudicati più estesi dal CAP) e al percorso di riallenamento in ottica di reintegrazione nel circuito del lavoro, prevalendosi altresì dei certificati dei curanti. A ragione. Nella STF 9C\_462/2022 del 31 maggio 2023 il Tribunale federale ha evidenziato quanto segue (sottolineature del redattore): " Nach der Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften ( BGE 140 V 193 E. 3.2; Urteile 9C\_441/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 3.1; 9C\_646/2016 vom 16. März 2017 E. 4.2.2). Allerdings darf den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden (Urteile 9C\_501/2019 vom 15. Oktober 2019 E. 3.4.3; 9C\_512/2013 vom 16. Januar 2014 E. 5.2.1). Es wäre aber auch nicht sachgemäss, allein auf diese Evaluationen abzustellen, weil sie in der Regel auf berufspraktischen Beobachtungen beruhen, welche in erster Linie die dabei erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (Urteil 9C\_646/2016 vom 16. März 2017 E. 4.2.2). Steht indessen eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist die Einholung einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteile 9C\_441/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 3.1; 9C\_512/2013 vom 16. Januar 2014 E. 5.2.1; 9C\_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3)." (consid. 4.2.2.1.). La surriferita giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 9C\_755/2023 del 20 febbraio 2024 (consid. 4.1.1.). In sostanza, se è vero che di principio l'accertamento dell'incapacità lavorativa è prerogativa medica, in presenza di una manifesta e considerevole discrepanza tra la prestazione rilevata dal centro per l'accertamento professionale e la valutazione medica occorre una presa di posizione dei medici che fughi ogni dubbio. Incombe all'amministrazione, rispettivamente al giudice confrontare le conclusioni dei medici con quelle degli esperti del centro d'accertamento professionale ed eventualmente chiedere un complemento istruttorio. Evidentemente, la valutazione presso il centro d'accertamento professionale deve essersi svolta sostanzialmente senza intoppi e la discrepanza deve porre seri dubbi circa la valutazione medica. In casu dal rapporto del \_\_\_\_\_ del 10 giugno 2022 emerge quanto segue (doc. 95 incarto AI, sottolineature del redattore): " [...] dal 09.05.2022 al 03.06.2022 ha svolto un periodo di accertamento professionale presso il [...] \_\_\_\_\_ [...]. [...] L'intero programma ha lo scopo di verificare il potenziale di reinserimento [...], valutando in maniera obiettiva e indipendente le possibilità pratiche di valorizzare la sua capacità lavorativa residua. Obiettivo finale è la formulazione di indicazioni importanti sulle possibilità reintegrative [...]. [...] L'accertamento ha mostrato una situazione fisica più compromessa di quanto indicato medicalmente . In particolare, si sono riscontrati dolori lombari (acutizzati in sede di accertamento), nonostante la possibilità di alternare le posizioni e di sdraiarsi al bisogno. Oltre a ciò, difficoltà si sono manifestate anche nell'assunzione delle posizioni accovacciata , inginocchiata o con le braccia sopra l'orizzontale . Dal punto di vista psichico , l'accertamento ha confermato le indicazioni medico-teoriche . [...] si è denotata la necessità di un contesto organizzato secondo il punto

di vista dell'A.; questo senza prendersi cura del parere dell'altro A [altro assicurato partecipante all'accertamento, n.d.r.] [...]. È emerso inoltre il bisogno costante di auto-rassicurazione, manifestatasi con l'esternazione del suo punto di vista (auto-riferito), in maniera decisamente ridondante. Nonostante la situazione semi-protetta [...], l'insorgere continuo di nervosismo imponeva all'A. momenti in cui estraniarsi dall'ambiente, rifugiandosi nella camera d'emergenza, anche più volte al giorno. Infine, la persistente necessità di aggiungere dettagli e particolari per ogni questione, di imporre un ritmo e un numero sufficiente (dal suo punto di vista) di parole utili a chiudere i discorsi, unitamente alla necessità di trascrivere sul diario giornaliero tutti gli aspetti sopra elencati (quindi decisamente oltre il reale obiettivo del diario) prima di potersi chinare nuovamente sulle attività, hanno mostrato una fragilità che mal si confà ad un'immediata ripresa professionale nel mercato del lavoro primario, come pure alla possibilità attuale di seguire una formazione di qualsivoglia natura (tantomeno di tipo superiore). [...] malgrado la difficoltà manifestata e verbalizzata nel seguire i colloqui, a causa dell'impossibilità di dettarne il ritmo, i tempi e i temi di discussione, ha partecipato con implicazione, acquisendo maggiore consapevolezza rispetto alla sua situazione psicofisica. [...] il lavoro di orientamento si è concentrato sul bilancio delle competenze, messe in relazione con la situazione psicofisica e le condizioni del mercato. L'A. ha aderito a tal proposito alle attività proposte e si è lasciato (a fatica) guidare. Ha assecondato solo in parte le richieste di "compiti a casa", talvolta interpretandone lo svolgimento a suo vantaggio, seguendo lo schema descritto in precedenza rispetta al bisogno di autorassicurazione/controllo. Ne è emerso comunque un profilo molto ricco dal punto di vista tecnico, logico-matematico e di interlocuzione con la lingua italiana. Nessuna difficoltà nell'uso del PC. Vi è dunque un potenziale latente che potrà essere sfruttato una volta messo in riassetto l'equilibrio psichico. Per quanto attiene gli orientamenti professionali, l'A. ha vagliato numerose piste, aprendosi man mano a settori differenti da quelli sanitario o sociale, reputati, per il momento, sconvenienti. Alla luce di quanto osservato in sede di accertamento e qui descritto, unitamente alla lunga assenza dal mercato del lavoro primario, si evidenzia la necessità di un periodo medio-lungo di riallenamento al lavoro (10-12 mesi), per poter riacquisire in maniera graduale ritmo, capacità lavorativa e capacità di socializzazione. Tale periodo è da prevedersi/pianificarsi in affiancamento al seguito terapeutico in essere e all'accompagnamento/sostegno da parte dell'Ufficio AI. Qualora questo periodo desse i risultati ipotizzati, il settore professionale che più si confà alle caratteristiche dell'A., in termini di competenze, desideri, capacità e allineamento alla situazione psicofisica, è quello del project management. In particolare, [...] si ipotizza la possibilità di seguire la formazione bachelor SUPSI in Ingegneria gestionale. In alternativa, sempre in seguito al periodo di riallenamento al lavoro, potrebbero risultare altresì valide le professioni nel settore sanitario di infermiere presso centri diurni e in qualità di consulente sanitario presso istituti assicurativi pubblici o privati. Conclusioni In base a quanto osservato e valutato in sede di accertamento si possono esprimere [...] le seguenti considerazioni. · L'accertamento ha evidenziato una situazione di salute fisica più compromessa rispetto alle indicazioni medico-teoriche. Dal punto di vista psichico viene confermato quanto riportato nei rapporti medici [...]. · L'A. ha comunque affrontato il percorso con impegno. Ne emerge un profilo molto interessante dal punto di vista delle capacità, delle competenze, delle abilità logico-matematiche e dialettiche. · Le fragilità riscontrate non consentono un'immediata ripresa professionale nel mercato del lavoro primario, come pure l'inizio di una formazione. · Ne scaturisce la necessità di un periodo medio-lungo di riallenamento al lavoro (10-12

mesi) per poter riacquisire in maniera graduale ritmo, capacità lavorativa e capacità di socializzazione . · Qualora tale periodo desse i risultati ipotizzati, il settore professionale che più si confà alle caratteristiche dell’A. [...] è quello del project management [...] in alternativa [...] le professioni nel settore sanitario di infermiere presso centri diurni e in qualità di consulente sanitario presso istituti assicurativi pubblici o privati.” In sintesi e per quanto di rilevanza ai fini del giudizio, RI 1 ha svolto senza intoppi l’accertamento di quattro settimane presso il \_\_\_\_\_. Gli esperti del \_\_\_\_\_ hanno evidenziato una situazione più compromessa, sotto il profilo fisico, rispetto alle indicazioni mediche del SMR (cfr. supra consid. 1.2.), confermando le limitazioni derivanti dall’affezione psichiatrica e rilevando altresì dei sintomi (insonnia, pensieri negativi, insofferenza ad osservazioni, ecc.) non menzionati nel rapporto SMR del 31 marzo 2022 (cfr. supra consid. 1.2.). Gli esperti del \_\_\_\_\_ hanno inoltre escluso un’immediata ripresa di attività nel mercato del lavoro equilibrato senza un percorso di riallenamento di 10-12 mesi “ per poter riacquisire in maniera graduale ritmo, capacità lavorativa e capacità di socializzazione ”, escludendo altresì un’immediata (ri)formazione professionale (superiore). Il rapporto in parola è stato firmato dal responsabile del \_\_\_\_\_, dal dr. \_\_\_\_\_ (specialista in medicina interna generale), dall’orientatore scolastico e professionale e dalla consulente per l’accertamento (cfr. doc. 95, pag. 256 incarto AI). Con annotazione interna del 17 giugno 2022 l’Ufficio AI ha recepito la necessità espressa dal \_\_\_\_\_ di procedere ad una misura di riallenamento al lavoro, prevedendo un periodo iniziale di sei mesi con inizio prospettato “ per la metà di luglio-agosto 2022 ” (doc. 96 incarto AI). Dal rapporto peritale del dr. \_\_\_\_\_ si evince come egli ha vagliato il rapporto del \_\_\_\_\_ del 10 giugno 2022, incluse le perplessità espresse dagli esperti del \_\_\_\_\_ in punto all’immediata reintegrazione nel circuito lavorativo, la necessità di un riallenamento al lavoro di 10-12 mesi “ per poter riacquisire in maniera graduale ritmo, capacità lavorativa e capacità di socializzazione ”, “ in affiancamento al seguito terapeutico in essere all’accompagnamento/sostegno da parte dell’Ufficio AI ” (doc. 182, pagg. 437-439, 443, 444 e 449 incarto AI). Contestualmente alla valutazione della capacità lavorativa, delle risorse e delle criticità emerse dai test, egli ha rilevato come “ L’assicurato presenta dei credibili limiti psichiatrici, che sono emersi coerentemente già nel corso dell’accertamento pratico del \_\_\_\_\_, il quale ha confermato genericamente le posizioni medico-teoriche espresse a livello psichiatrico ” e che “ Anche le raccomandazioni sulle prospettive formative dell’assicurato, che sono state formulate dal \_\_\_\_\_ [...] sono globalmente condivisibili ” (doc. 182, pag. 450 incarto AI). Il dr. \_\_\_\_\_ ha accertato una capacità lavorativa del 50% in attività adeguata dal 28 ottobre 2021, osservando come “ Per tentare di recuperare una CL del 80% è necessario un progetto di sostegno mirato al reinserimento, portato avanti da personale qualificato ”. Anche il dr. \_\_\_\_\_ ha elencato il rapporto del \_\_\_\_\_ nell’estratto degli atti, senza però mai menzionare le criticità sollevate dagli esperti del \_\_\_\_\_ relative alla situazione valetudinaria più compromessa, sotto il profilo fisico, rispetto alle indicazioni medico-teoriche (doc. 182, pag. 464 incarto AI). E neppure nella sua valutazione medico-assicurativa il perito reumatologo ha preso posizione sulla criticità evidenziate del \_\_\_\_\_ per rapporto alla (precedente) valutazione medica (del medico SMR) (cfr. doc. 182, pagg. 475 e 478 incarto AI). In effetti, nel rapporto peritale del reumatologo non vi è una presa di posizione circa la situazione che, secondo il \_\_\_\_\_, sotto il profilo fisico sarebbe più compromessa e che escluderebbe un’immediata ripresa di attività lavorativa nel mercato del lavoro equilibrato in mancanza di un percorso di riallenamento di 10-12 mesi. A proposito del percorso di riallenamento, dal

carteggio si evince quanto segue. Il 16 novembre 2023 la consulente SIP ha incontrato l'assicurato e la dr.ssa \_\_\_\_\_ per discutere delle misure professionali, rilevando come i limiti descritti dalla curante nel rapporto del 20 ottobre 2022 relativi all'attività abituale ("ridottissima tolleranza allo stress che potrebbe rendere problematici i rapporti sia coi pazienti che coi colleghi, insicurezza con comparsa di ansia prestazionale in situazioni di sovraccarico, ridotta flessibilità e capacità di adattamento [...] ; querulomania e ideazione di stampo persecutorio che rendono estremamente complicate le relazioni ") si ripercuotevano anche in un'attività adatta. La consulente ha indicato che "[...] dopo aver consultato la documentazione [...], si conclude che in questo momento non è possibile attivare le MRE in quanto non è possibile aumentare la capacità lavorativa. Durante l'incontro presso lo studio della dottoressa è emerso che l'assicurato verosimilmente potrebbe essere suscettibile ad un miglioramento. Si consiglia una revisione d'ufficio fra 3 anni, e se si dovesse intravedere un miglioramento prima, siamo d'accordo con la dottoressa di farcelo sapere " (doc. 200 incarto AI). Chiamata a determinarsi sulle osservazioni avverse al progetto di decisione del 5 gennaio 2024, con rapporto del 14 agosto 2024 la consulente SIP ha attestato che " Il 16.11.2023 ho incontrato il sig. RI 1 presso lo studio della dottoressa \_\_\_\_\_ dove l'assicurato ha rifiutato l'adesione al progetto d'inserimento professionale adeguato alle capacità del momento. In assenza di una prova lavorativa concreta, il servizio integrazione professionale si avvale della capacità lavorativa medico-teorica definita nel RAF (19.07.2023), pertanto la capacità lavorativa è del 50% in un'attività semplice e ripetitiva nel rispetto dei limiti funzionali. L'attività dovrebbe essere svolta in piccola équipe, senza turni notturni, in contesti poco stressanti, per esempio in centri diurni o servizi di consulenza. Per le limitazioni fisiche vedi RAF. " (doc. 235 incarto AI). Da quanto precede si evince che il periodo di riallenamento al lavoro di 10-12 mesi non si è mai concretizzato ma, esaminato il tenore di quanto messo a verbale dalla consulente SIP, ciò non è riconducibile ad un rifiuto da parte dell'assicurato, bensì ai limiti attestati dalla curante psichiatra che, condivisi dalla consulente SIP, non permettevano di attuare il provvedimento prospettato. Tale circostanza ha in ultima analisi portato la consulente SIP a confermare la capacità lavorativa del 50% " in attività semplice e ripetitiva nel rispetto dei limiti funzionali ", allineandosi alle conclusioni peritali. Con il gravame e nelle more della procedura l'insorgente ha contestato la valutazione medica prevalendosi, tra l'altro, proprio della discrepanza tra quanto attestato dal \_\_\_\_\_ e la valutazione medico-teorica del SMR, rispettivamente della mancata presa di posizione dei periti su tale discrepanza (I, p.ti 9. e 12.; VIII, pagg. 2-5). A questo proposito, con la risposta di causa l'Ufficio AI ha prodotto la presa di posizione del medico SMR del 7 novembre 2024, il quale tuttavia non si è chinato sulla questione in esame e non l'ha neppure sottoposta ai periti (VI 5). Inoltre, sempre nella risposta di causa l'Ufficio AI si è limitato a comunicare che " i periti erano a conoscenza del rapporto del \_\_\_\_\_ (tant'è che lo stesso è espressamente ripreso nella perizia psichiatrica [e citato in quella reumatologica, n.d.r.] ) " [...] e che " in siffatta circostanza, i dati medici – permettendo un apprezzamento oggettivo del caso – prevalgono sulle constatazioni compiute in occasione di uno stage d'osservazione professionale o altri tipi di provvedimenti professionali, i quali sono suscettibili di essere stati influenzati da fattori soggettivi legati al comportamento della persona assicurata [...] . Ad ogni modo, l'UAI è certamente disposto – qualora ve ne fosse la volontà da parte dell'assicurato – a valutare l'ulteriore riavvio delle misure di riallenamento al lavoro nel contesto della reintegrazione dei beneficiari di rendita [...] oppure dell'aiuto al collocamento [...] . A maggior ragione se si prende in conto l'importante incremento dell'abilità lavorativa che la

riuscita dei provvedimenti professionali consentirebbe [...]” (VI, p.to 4.). Le ulteriori tesi ed argomentazioni espone dall’amministrazione al p.to 2. delle osservazioni del 15 novembre 2024 relative alla valenza probatoria generalmente preponderante della valutazione medica per rapporto ai rilievi dei centri d’accertamento professionale (X, p.to 2.) sono certamente pertinenti e condivisibili, ma in casu non sono sufficienti per colmare la mancata presa di posizione dei periti. In effetti, allo stadio attuale, non è possibile neppure determinare se la divergenza tra la prestazione osservata dal centro per l’accertamento professionale e la valutazione medica sia perdurata, se essa sia considerevole o meno, pur tenendo conto del fatto che il rapporto del \_\_\_\_\_ tiene conto di una componente soggettiva. Visto quanto precede, questo Giudice ritiene indispensabile una presa di posizione dei periti che si dovranno determinare in modo esaustivo sulla discrepanza, diffusamente esposta sopra, tra le conclusioni peritali ed il rapporto del \_\_\_\_\_, come pure sulle ulteriori censure sollevate dall’insorgente per quanto concerne la valutazione medica.

2.8. Per quanto attiene alla valutazione economica dell’Ufficio AI, anch’essa contestata dal ricorrente, la stessa appare prematura, visto che la capacità lavorativa dell’assicurato ed i suoi limiti funzionali saranno nuovamente oggetto d’esame (cfr. supra consid. 2.7.2.). Ciò detto, anche per quanto attiene alla valutazione economica l’Ufficio AI dovrà procedere ad un complemento d’istruttoria, indicando se e quali siano le attività presenti sul mercato equilibrato del lavoro che sono confacenti alla situazione valetudinaria dell’insorgente.

2.9. Per quanto concerne la questione della liceità della compensazione delle indennità giornaliere dell’AI per il periodo di accertamento professionale presso il CAP con la rendita retroattivamente riconosciuta per il periodo dal 1. febbraio 2022 al 31 dicembre 2023, vale quanto segue. Con decisione del 13 giugno 2022 l’Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad indennità giornaliera per il periodo dal 9 maggio al 3 giugno 2022, ossia per il periodo d’accertamento presso il \_\_\_\_\_. L’indennità giornaliera è stata fissata a fr. 160, calcolata su un reddito annuo determinante di fr. 72'761.10 (per un grado d’occupazione dell’80%) e di un reddito giornaliero determinante di fr. 200 (docc. 89, 90, 94 e 178 incarto AI). Nelle motivazioni della decisione non vi è alcun riferimento ad una compensazione di prestazioni percepite in esubero (doc. 242 incarto AI). Con scritto del 24 settembre 2024 il rappresentante di RI 1 ha contestato “ i due scritti di data 2.9.2024 con i quali chiedete [...] la restituzione di CHF 747.- e di CHF 162.40 in relazione alle IGAI da lui percepite nei mesi di maggio e giugno 2022. ”, evidenziando come “ non si comprendono le basi di calcolo, il substrato fattuale, né il ragionamento giuridico alla base delle stesse ” (doc. 244 incarto AI). Gli ordini di restituzione a cui fa riferimento il rappresentante dell’insorgente non figurano agli atti. In effetti, oltre all’importo di fr. 909.40 (presumibilmente ottenuto sommando fr. 747 e fr. 162.40) relativo alla finca “ Cassa \_\_\_\_\_ [...]”, la decisione del 27 settembre 2024 è scevra di indicazioni (doc. 246, pag. 616 incarto AI). Né nella risposta di causa, né nelle more della procedura l’Ufficio AI ha illustrato in modo preciso il calcolo alla base delle (non pervenute) decisioni di restituzione, rispettivamente della compensazione effettuata con le rendite retroattive, limitandosi ad illustrare la liceità giuridica della compensazione effettuata. In tali condizioni, questo Giudice non ha sufficienti elementi per potersi determinare in merito alla contestata compensazione, ragione per cui l’Ufficio AI dovrà procedere ad una dettagliata motivazione della stessa, illustrando diffusamente le basi di calcolo che hanno determinato le prestazioni asseritamente in esubero, la forchetta temporale ed il ragionamento giuridico in concreto determinanti. Inoltre, il tenore dello scritto del 24 settembre 2024 non permette di escludere che l’amministrazione sia incorsa in una violazione del diritto di essere sentito, non

essendoci traccia agli atti del preavviso relativo alla decisione di compensazione (il progetto di decisione del 5 gennaio 2024 non menziona la compensazione, cfr. doc. 207, pag. 542 incarto AI), ulteriore circostanza che giustifica la retrocessione degli atti all'Ufficio AI.

### **E. 2.10**

Visto tutto quanto precede, sulla scorta degli atti all'inserto non può (ancora) escludersi con la dovuta certezza e serenità che l'insorgente abbia diritto a prestazioni AI superiori a quelle riconosciutegli con le decisioni impugnate. Si rende quindi necessario un complemento istruttorio in punto alla valutazione medica, alla valutazione economica ed un'esaustiva motivazione della compensazione effettuata dall'Ufficio AI. 2.11. Il TCA, di norma, rinvia l'incarto all'Ufficio AI o perché vi sono carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento ("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. DTF 137 V 210; STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto, stante la necessità di un approfondimento medico, economico e di un complemento concernente la compensazione, annullate le decisioni del 27 settembre 2024, si giustifica il rinvio degli atti affinché l'amministrazione proceda nel senso indicato sopra (cfr. supra consid. 2.7.2.-2.9.) e si determini nuovamente sul diritto a prestazioni dell'assicurato, emanando una decisione debitamente preavvisata ed impugnabile. 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGGA 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 favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr. STF 8C\_307/2021 del 25 agosto 2021 consid. 6; DTF 141 V 281 consid. 11.1 e 137 V 210 consid. 7.1 con riferimenti) le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà al ricorrente, patrocinato in causa da un avvocato, fr. 2'000 di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGGA).

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