

TI_GERICHTE 32.2025.53 vom 14. Mai 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-05-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.53

FR: TI_GERICHTE 32.2025.53 du 14 mai 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2025.53 del 14 maggio 2025

Regeste

Ricorso (accolto per adesione) contro la decisione di riconoscere il diritto ad una rendita parziale anziché intera. Violazione diritto di essere sentito. Discrepanza tra conclusioni mediche e quelle del centro professionale. Condono non compensabile. No risarcimento per torto morale. No AG

Erwägungen

E. 31

agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). 2.2. Per l'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., le parti hanno diritto di essere sentite. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio a DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. Egli ha diritto di consultare l'incarto, di offrire mezzi di prova su punti rilevanti, di esigerne l'assunzione (partecipando alla stessa) e di potersi esprimere sulle relative risultanze nella misura in cui possano influire sulla decisione. Il diritto di essere sentito, quale diritto di cooperare alla procedura comprende tutte le facoltà, che devono essere concesse a una parte, in modo tale che essa in una procedura possa difendere efficacemente la sua tesi. Perché ciò possa essere realizzato, la parte ha anche il diritto di essere informata previamente e in maniera adeguata dall'autorità sulla procedura per quanto attiene alle tappe decisive per il giudizio. Non è possibile in maniera generale e astratta stabilire in quale misura si estende questo diritto, ma occorre soppesare le circostanze concrete (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17; 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293; 135 I 279 consid. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Per costante giurisprudenza, confermata ancora nella STF 8C_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2, una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). La prassi ha stabilito anche che si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito: una tale eventualità si realizza se la cassazione della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi

superflui, i quali non sarebbero compatibili con l' (equivalente) interesse della parte onerata di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; STF 8C_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGA), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C_210/ 2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti). Con la 5a revisione dell'AI, in luogo dell'opposizione alla decisione formale è stata introdotta l'attuale procedura di preavviso (cfr. sul tema STCA 32.2022.8 del 16 marzo 2022 consid. 2.3.): ex art. 57a cpv. 1 LAI l'ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata. L'assicurato ha il diritto di essere sentito circa la prospettata decisione, conformemente all'art. 42 LPGA. Giusta l'art. 73 bis OAI, il preavviso concerne unicamente questioni che secondo l'art. 57 cpv. 1 lett. c-f LAI rientrano nei compiti degli uffici AI. Per l'art. 73 bis lett. a OAI, il preavviso è notificato all'assicurato, personalmente o al suo rappresentante legale. Qualora all'assicurato venga preclusa la possibilità di prendere posizione sul preavviso, ad esempio a causa di una mancata (o non comprovata) notifica dello stesso o perché l'amministrazione ha proceduto ad emanare la decisione formale prima della decorrenza del termine per presentare osservazioni o ancora se l'amministrazione non si è neppure confrontata con le osservazioni, si è in presenza di una grave (e di principio non sanabile) violazione del diritto di essere sentito (cfr. pro multis DTF 134 V 97 con molteplici riferimenti e la STF 9C_555/2020 del 3 marzo 2021 consid. 4.4.2. e 5.1. con rinvii giurisprudenziali; cfr. anche STCA 32.2017.5 del 20 giugno 2017 consid. 4 e segg., 32.2008.170 dell'11 maggio 2009 consid. 5, 32.2008.167 del 18 maggio 2009 consid. 2.3. con riferimenti; Sentenza IV.2020.00710 del 17 dicembre 2020 e IV.2018.00784 del 17 maggio 2019 del Tribunale delle assicurazioni sociali di Zurigo). In casu, inviato all'assicurato il progetto di decisione dell'11 dicembre 2024 e pervenute le osservazioni con le quali quest'ultimo ha contestato il preavviso, l'Ufficio AI ha emanato la decisione formale del 14 giugno 2025 contenente unicamente i conteggi effettuati dalla Cassa _____, senza neppure confrontarsi con le osservazioni del ricorrente, ciò che configura una grave violazione del diritto di essere sentito ai sensi della surriferita giurisprudenza. Già per questo motivo la decisione impugnata va annullata e gli atti retrocessi all'Ufficio AI affinché proceda conformemente alla procedura di preavviso illustrata sopra. nel merito 2.3. Oggetto del contendere è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita pari ad un grado d'invalidità del 55% dal 1. giugno 2023 e del 60% dal 1. gennaio 2024 effettuando le relative compensazioni o se, come sostiene il ricorrente, egli abbia diritto ad una rendita intera. 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 lett. b delle Disposizioni transitorie della surriferita modifica della LAI prevede che "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" (cpv. 1). Il marginale 9105 01/24 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 “ le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 non hanno ancora compiuto 55 anni (persone nate negli anni dal 1967 al 2003) sono trasferite nel nuovo sistema di rendite lineare (art. 28b LAI), se sono adempite le condizioni di cui all’articolo 17 LPGA (modificazione del grado d’invalidità di almeno 5 punti percentuali) ”. 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 ”. Per la cifra 2004 C DT US AI, “ la quota percentuale di rendita secondo la graduazione delle rendite prevista dal diritto anteriore è mantenuta per le persone appartenenti ai gruppi «mainstream» e «giovani adulti» fino al momento in cui, nel quadro di una revisione di rendita, il loro grado d’invalidità subisce un aumento o una riduzione di almeno cinque punti percentuali (art. 17 cpv. 1 LPGA) e – questo aumento del grado d’invalidità comporta un aumento della quota percentuale di rendita o – questa riduzione del grado d’invalidità comporta una diminuzione della quota percentuale di rendita ”. Per il marginale 9201 01/24 CIRAI “ a tutte le rendite il cui diritto è nato prima del 1. gennaio 2024 sono applicabili le disposizioni dell’OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2023. Se il diritto alla rendita sussiste anche dopo questa data, da quel momento si applicano le disposizioni dell’OAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2024. La rendita è aumentata con effetto dal 1. gennaio 2024 ”. 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 determinante 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). Nel caso in cui il diritto alla rendita insorto prima del 1. gennaio 2024 continua anche successivamente, la rendita va aumentata con effetto da tale data. In concreto RI 1 è nato nel 1975 ed era al beneficio di una mezza rendita dal 1. settembre 2021 (cfr. supra consid. 1.1.). In esito alla revisione avviata nel giugno 2023 a motivo di un asserito peggioramento della situazione valetudinaria, l’Ufficio AI ha

aumentato il grado d'invalidità (precedentemente fissato al 50%) al 55% dal 1. giugno 2023 e al 60% dal 1. gennaio 2024 con contestuale aumento delle rendite (cfr. supra consid. 1.5.), ciò che costituisce una modifica determinante ai sensi dell'art. 17 LPGGA. Visto quanto precede, in casu torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022.

2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, 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 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 di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA 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 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).

2.5. 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 LPGa (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 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 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).

2.6. 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). 2.7. 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 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 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 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).

2.8. In concreto, questo Giudice non ravvisa alcun motivo per non accogliere il gravame secondo la proposta formulata nella risposta di causa e condivisa dal ricorrente il 16 agosto 2025. Infatti, per poter valutare l'eventuale diritto dell'insorgente ad una rendita, occorre innanzitutto fugare qualsiasi dubbio circa il suo stato valetudinario e la capacità lavorativa (residua). A questo proposito, nella recente STCA 32.2024.82 del 16 aprile 2025 il TCA si è così determinato circa un'analogia fattispecie nella quale vi era una notevole e manifesta discrepanza tra la valutazione medico-teorica e quella accertata in sede d'attuazione di provvedimenti professionali: "[...] 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." (consid. 2.7.2. con rinvii giurisprudenziali) Nella fattispecie in disamina, a fronte di una manifesta e considerevole discrepanza tra le conclusioni medico-teoriche (cfr. supra consid. 1.2. e 1.5.) e quelle a cui sono addivenuti gli esperti del centro professionale e la consulente in integrazione (cfr. supra consid. 1.3. e 1.4.) in punto alla capacità lavorativa (residua), si rileva che è stata la stessa amministrazione, con annotazione interna del 18 febbraio 2025, ad aver ritenuto necessario sottoporre nuovamente l'incarto al SMR ed eventualmente agli specialisti indipendenti del _____, ciò che tuttavia – per ammissione dello stesso Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.7.) – non è stato fatto. Quanto precede non permette neppure di entrare nel merito della richiesta dell'insorgente, formulata con le osservazioni del 16 agosto 2025 (cfr. supra consid. 1.8.) tendente al versamento delle rendite AI sospese (a torto, come ammesso dall'Ufficio AI; cfr. V, p.to 2.c.) durante il periodo di accertamento professionale (cfr. supra consid. 1.3.), dovendosi ancora accertare compiutamente l'incapacità lavorativa (residua), determinare il grado d'invalidità e quindi l'ammontare nominale della rendita. Per quanto attiene alla valutazione economica, la stessa appare prematura, visto che la capacità lavorativa del ricorrente dev'essere ancora compiutamente acclarata. Per il che, gli atti vanno retrocessi all'Ufficio AI affinché proceda con i necessari approfondimenti, in esito ai quali emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata. Infatti, nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti

dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). In concreto, rilevato che per le ragioni già diffusamente esposte l'istruttoria amministrativa risulta carente, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda agli approfondimenti necessari, in esito ai quali l'Ufficio AI emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata.

2.9. L'insorgente chiede che "l'UAI emetta una decisione formale sulla domanda di condono rimandata per competenza dal tribunale delle assicurazioni" (cfr. supra consid. 1.8.). Ora, con decisione dell'11 dicembre 2024 l'Ufficio AI aveva chiesto all'assicurato la restituzione di fr. 6'017.05 corrispondenti alle indennità giornaliere AI percepite a torto per ottobre 2024, in quanto il provvedimento di reinserimento professionale era terminato a settembre 2024. L'assicurato aveva impugnato tale decisione, chiedendo al TCA il condono per il surriferito ammontare. Con pronuncia del 24 gennaio 2025 questo Giudice ha dichiarato irricevibile la domanda di condono, in quanto essa avrebbe dovuto essere formulata dinanzi all'autorità che ha ordinato la restituzione (STCA 32.2025.2 del 24 gennaio 2025). Contestualmente al ricorso contro la decisione del 3 gennaio 2025 con la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto le rendite per i mesi da settembre a dicembre 2024 ponendole in parziale compensazione con le indennità giornaliere percepite a torto per il mese di ottobre 2024, il curatore di RI 1 aveva chiesto il condono limitatamente all'importo residuo di fr. 1'025.95, comunicando al contempo di essersi in ogni caso impegnato a versare tale importo in 20 rate mensili, producendo la decisione di dilazione di pagamento del 25 marzo 2025 dell'Ufficio AI. Per i medesimi motivi di cui alla pronuncia del 24 gennaio 2025, questo Giudice ha dichiarato il ricorso irricevibile, trasmettendo l'incarto aggiornato all'Ufficio AI affinché quest'ultimo si pronunciasse sulla domanda di condono limitatamente al citato importo (STCA 32.2025.3 del 16 aprile 2025 consid. 1.11., 2.2., 2.3. e 2.5.). Nella presente vertenza, con la risposta di causa, l'Ufficio AI ha comunicato che l'importo residuo di fr. 1'025.95 è stato integralmente compensato "con le ulteriori compensazioni effettuate nella decisione del 14 maggio 2025", ragione per cui "non vi è più alcuna indennità giornaliera scoperta" e "la decisione di restituzione dell'11 dicembre 2024 risulta quindi saldata interamente" (V, p.to 2.c. in fine). Il procedere dell'Ufficio AI non può essere tutelato. Innanzitutto, l'emanazione della decisione del 14 maggio 2025 non rende priva d'oggetto la domanda di condono, quest'ultima essendo stata trasmessa a due riprese dal TCA all'amministrazione per competenza. Prima di emanare una decisione di merito, l'Ufficio AI avrebbe dovuto esaminare se le condizioni per la concessione del condono limitatamente a fr. 1'025.95 fossero adempiute e, qualora ciò fosse stato il caso, prescindere dal porre tale importo in compensazione con le rendite riconosciute con la decisione del 14 maggio 2025. A torto l'amministrazione si prevale del marginale 1018 della Circolare sul contenzioso in ambito AVS, AI, PC, IPC, AF, AFam e PT (valida dal 1. luglio 2024 e con stato alla medesima data) (V, p.to 3.c.), in quanto esso si limita a disporre che "In caso di [...] ricorso, le prestazioni non contestate possono essere versate anche se l'effetto sospensivo non è stato revocato". Ciò non permette certo di concludere che una domanda di condono diviene

automaticamente priva d'oggetto a seguito del versamento di prestazioni non contestate poste in compensazione con l'ammontare di cui si chiede il condono. Diversamente, qualora un assicurato formuli una richiesta di condono adempiendone i relativi presupposti, egli subirebbe un pregiudizio economico nella forma di una compensazione dell'ammontare del condono con le prestazioni non contestate, ciò che appare inconciliabile con la ratio alla base dell'istituto del condono. In ogni caso, con il presente giudizio la decisione del 14 maggio 2025 viene annullata e con essa le compensazioni effettuate. L'Ufficio AI è quindi nuovamente (STCA 32.2025.2 e 32.2025.3 consid. 2.4.) chiamato a determinarsi senza indugio sulla domanda di condono limitatamente a fr. 1'025.95. 2.10. Il ricorrente chiede che “ venga riconosciuto un risarcimento morale [...] a fronte dell'errore commesso e per il quale si è dovuto attivare con consulti medico-legali al fine di presentare un accurato ricorso con conseguente dispendio di tempo, costi economici ed energie psichiche ” (cfr. supra consid. 1.8.). Per l'art. 78 cpv. 1 LPGA gli enti di diritto pubblico, gli organismi fondatori privati e gli assicuratori rispondono in qualità di garanti dell'attività degli organi d'esecuzione delle assicurazioni sociali per i danni causati illecitamente a un assicurato o a terzi da parte degli organi d'esecuzione o dei loro funzionari. Secondo l'art. 78 cpv. 2 LPGA l'autorità competente emette una decisione sulle pretese di risarcimento, mentre per il cpv. 4 per le procedure di cui ai capoversi 1 e 3 si applicano le disposizioni della LPGA. Non è svolta alcuna procedura d'opposizione. Gli articoli 3-9, 11, 12, 20 capoverso 1, 21 e 23 della Legge del 14 marzo 1958 sulla responsabilità sono applicabili per analogia. In materia AI, giusta l'art. 59a LAI la richiesta di risarcimento di cui all'art. 78 LPGA deve essere fatta valere presso l'ufficio AI e quest'ultimo statuisce mediante decisione. Per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388, 122 V 36 consid. 2a; SVR 2005 AHV Nr. 19). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF 9C_231/2009 del 23 dicembre 2009 consid. 5.; C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1, 119 Ib 36 consid. 1b; Forster, op. cit., n. 22 e 23 ad art. 78 LPGA). Nel caso in esame, la decisione impugnata del 14 maggio 2025 avendo per oggetto esclusivamente il diritto alla rendita (cfr. consid. 2.3.), l'eventuale richiesta di risarcimento formulata con il presente gravame deve essere dichiarata irricevibile, non essendo stata emanata alcuna decisione impugnabile fondata sull'art. 78 LPGA. A titolo abbondanziale, si rileva che il ricorrente non ha sufficientemente sostanziato il danno e tantomeno l'illiceità del comportamento dell'Ufficio AI, circostanze, queste, che ostano all'applicazione dell'art. 78 LPGA (cfr. citata STF 9C_231/2009 consid. 5. con rinvii).

2.11. 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 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 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. 2.12. Come accennato (cfr. supra consid. 1.6.), il ricorrente chiede l'assistenza giudiziaria con “ l'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni, dalle tasse e spese processuali, oltre

all'ammissione al gratuito patrocinio qualora si ritenesse necessario coinvolgere un legale ". In concreto non sono stati richiesti anticipi, non è stato necessario coinvolgere un legale e le spese processuali sono state accollate all'Ufficio AI, soccombente in causa, ragione per cui con l'emanazione del presente giudizio l'istanza del ricorrente diviene priva d'oggetto.

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