

## **TI\_GERICHTE 32.2025.72 vom 21. August 2025**

TI Tribunale d'appello, 2025-08-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2025.72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.72)

FR: TI\_GERICHTE 32.2025.72 du 21 août 2025

IT: TI\_GERICHTE 32.2025.72 del 21 agosto 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

La costante giurisprudenza federale ha stabilito che è la decisione impugnata che costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (STF 9C\_775/2019 del 26 maggio 2020, consid. 1.1; STF 8C\_722/2018 del 14 gennaio 2019, consid. 2.1; STF 8C\_784/2016 del 9 marzo 2017, consid. 3.1; STF 8C\_448/2016 del 6 dicembre 2016, consid. 2; STF 8C\_360/2010 del 30 novembre 2010, consid. 1 e 2; DTF 131 V 164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; 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 C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). Nel caso in esame il TCA può pronunciarsi esclusivamente sul tema oggetto della decisione impugnata, ossia il diritto alla rendita AI del ricorrente in seguito alla nuova domanda di prestazioni inoltrata nel corso del mese di ottobre 2023. Le altre questioni evocate dall'assicurato nel suo ricorso (come ad esempio le vertenze nei confronti del suo ex datore di lavoro [\_\_\_\_\_] o dell'assicuratore contro la perdita di guadagno per malattia [\_\_\_\_\_], le richieste di risarcimento danni o di revisione della decisione dell'Ufficio AI del 21 marzo 2018 dell'AI, la contestazione della riforma professionale avvenuta nel corso della precedente procedura, ecc.), esulano invece dalla presente vertenza e sono irricevibili. 3. Il 2 settembre 2025 l'assicurato ha informato il TCA che l'OATI gli ha comunicato l'impossibilità di mettergli a disposizione un avvocato, consigliandogli di chiedere un patrocinatore d'ufficio al Tribunale. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Giusta l'art. 28 cpv. 1 Lptca, quando il Giudice ritiene che la persona non è capace di proporre e discutere con la necessaria chiarezza la propria causa, la diffida a munirsi entro breve termine di un patrocinatore, con la comminatoria della designazione di un patrocinatore d'ufficio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG] nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2011. Nel caso in disamina, il ricorrente ha dimostrato di poter gestire la fattispecie in maniera autonoma. Con l'impugnativa ha contestato il contenuto della decisione dell'Ufficio AI, il procedere dell'SMR, dei periti e delle autorità che si sono occupate del suo caso, producendo numerosa documentazione medica che ha poi portato l'amministrazione a chiedere di retrocedergli gli atti per effettuare una nuova perizia pluridisciplinare. L'insorgente ha poi citato vari articoli di legge e giurisprudenza a sostegno delle sue richieste. Non va poi dimenticato che la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio secondo cui il giudice deve accertare d'ufficio i fatti determinanti della causa, fermo restando l'obbligo per le parti di collaborare a tale accertamento nella misura in cui ciò risulti loro possibile ed

esigibile (cfr. art. 16 Lptca; 61 lett. c LPGa; STF 8C\_415/2022 del 7 febbraio 2023 consid. 5.1.; STF 9C\_476/2021 del 30 giugno 2022 consid. 5.2.1.; STF 8C\_45/2010 del 26 marzo 2010). Infine, in concreto, come si vedrà meglio in seguito, la decisione impugnata va annullata e l'incanto rinviato all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti, ciò che costituisce, per l'insorgente, una piena vittoria (cfr. STF 8C\_135/2025 del 21 agosto 2025, consid. 5, con rinvio alla DTF 146 V 28, consid. 7 e alla DTF 137 V 210 consid. 7.1). Tutto ben considerato, questo Giudice constata che il ricorrente ha dimostrato di saper difendere adeguatamente i propri interessi senza che si rendesse necessaria la nomina di un patrocinatore d'ufficio ai sensi dell'art. 28 Lptca (cfr. STCA 42.2024.45 del 27 gennaio 2025, STCA 42.2024.13 del 18 settembre 2024 [ricorso al TF inammissibile: 8C\_418/2024 del 4 settembre 2024], STCA 38.2023.62 del 15 gennaio 2024 consid. 2.1. con molteplici rinvii giurisprudenziali e STCA 42.2017.49 del 15 dicembre 2017; cfr. STF 8C\_392/2017 consid. 9.1.-9.2., parzialmente pubblicata in DTF 143 V 393; STFA C 116/03 dell'8 novembre 2004; STCA 38.2018.23 del 16 luglio 2018 consid. 2.2.; decreto 36.2018.28-33 emesso dal TCA il 12 giugno 2018 il cui ricorso al TF è stato ritenuto inammissibile con giudizio 8C\_484/2018 del 30 luglio 2018; STCA 42.2017.49 del 15 dicembre 2017; STCA 32.2015.147 del 18 aprile 2016 consid. 2.6., il cui ricorso al TF è stato ritenuto inammissibile con giudizio 9C\_356/2016 del 5 luglio 2016; STCA 42.2014.13 del 21 maggio 2015 consid. 2.1.). Pertanto, la richiesta di designazione di un avvocato d'ufficio va respinta. 4. Il 1° gennaio 2022 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). In concreto al momento della presentazione della (seconda) domanda l'assicurato non beneficiava di una rendita AI. La seconda domanda di prestazioni è stata presentata nel mese di ottobre 2023 a fronte di un'incapacità lavorativa totale nella precedente attività di montatore di impianti di ventilazione dal 13 ottobre 2010 che tuttavia, nell'ambito della precedente procedura, non ha dato diritto ad alcuna rendita (cfr. consid. 1.2 e decisione del 21 marzo 2018). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. nel merito 5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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 sono dunque 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 Bundesverwaltungs-recht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 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 agli artt. 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28 b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2); se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70%, gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera (cpv. 3); mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, si ha che al grado d'invalidità del 40% la quota percentuale è del 25% di una rendita intera (un quarto di rendita) e per ogni grado d'invalidità supplementare si computa una quota del 2,5% (cpv. 4). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro ( reddito da invalido ) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido ( reddito da valido ). 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc , op. cit., pag. 1476, n. 213). 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). 6. Per quanto concerne l'aspetto medico, va rammentato che 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.

#### **E. 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, 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). In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione, 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va 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; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). 7. Nel caso di specie in seguito all'inoltro della seconda domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha sottoposto l'assicurato ad una perizia pluridisciplinare ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_,

FMH psichiatria e psicoterapia e del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, i quali, nella loro valutazione globale del 7 aprile 2025, accertata la totale incapacità lavorativa nella precedente attività svolta dal 1° agosto 2023, hanno stabilito che in un'attività adatta, con le limitazioni ivi descritte, l'assicurato è abile al lavoro al 100% dal mese di agosto 2023 al mese di settembre 2024, inabile al 100% dal mese di ottobre 2024 al mese di febbraio 2025 ed abile al lavoro al 100% dal mese di marzo 2025 (pag. 1165 incarto AI). Essi hanno poi affermato che dal lato reumatologico e psichiatrico non vi sono provvedimenti sanitari e terapie in grado di incidere sostanzialmente sulle risorse psicofisiche dell'assicurato e quindi sulla sua capacità lavorativa. Tali conclusioni, fatte proprie del medico SMR dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 14 aprile 2025 (pag. 1264 incarto AI) non tengono tuttavia conto dell'ulteriore documentazione medica prodotta dall'assicurato in sede di ricorso. Come rilevato dallo stesso medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, in data 28 agosto 2025, il ricorrente ha trasmesso il rapporto reumatologico della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 3 giugno 2025 (doc. A3), il rapporto neurochirurgico del dr. med. \_\_\_\_\_ del 5 giugno 2025 (doc. A4), il rapporto neurologico della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 6 luglio 2025 (doc. A5), il rapporto dell'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del dr. med. \_\_\_\_\_ del 9 luglio 2025 (doc. A6), il referto psichiatrico della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 17 marzo 2025 (doc. A10) ed il referto riguardante una infiltrazione TC-guidata della colonna cervicale del 21 luglio 2025 (doc. A7). Tale nuova refertazione medica, così come, in considerazione del rinvio richiesto dal medesimo SMR che riapre la procedura, quella prodotta dopo la risposta di causa (cfr. ad esempio il referto del 4 settembre 2025 del dr. med. \_\_\_\_\_ [doc. XII/17], le attestazioni di incapacità lavorativa totale della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [doc. allegati al doc. XII] o l'esame esofago-gastro-duodenoscopia del 10 settembre 2025 [doc. XII/10], cfr. anche doc. XIV/1 e XV/1), compresa l'indicazione di essere stato ricoverato presso \_\_\_\_\_ dal 27 agosto 2025, necessita un approfondimento non solo psichiatrico (alla luce in particolare anche della divergenza sul periodo di incapacità lavorativa tra quanto accertato dal dr. med. \_\_\_\_\_ e quanto stabilito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel referto allestito per l'assicuratore malattie) e reumatologico ma anche, perlomeno, neurologico, per il tramite di una perizia pluridisciplinare al fine di definire con precisione l'incapacità lavorativa dell'assicurato dopo il 1° marzo 2025 sia nella sua originaria professione di montatore di impianti di ventilazione, sia nella professione di venditore con AFC, sia in quella da ultimo svolta di autista di \_\_\_\_\_, come pure in altre attività adeguate al suo stato di salute con i relativi limiti funzionali. Non vi sono di conseguenza motivi per non aderire alla nuova valutazione del SMR. A tal proposito va rammentato che per l'art. 49 cpv. 1 OAI i servizi medici regionali (SMR) valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Secondo l'art. 49 cpv. 1 bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022 nello stabilire la capacità funzionale (art. 54a cpv. 3 LAI) va considerata e motivata la capacità al lavoro attestata a livello medico nell'attività precedentemente svolta e nelle attività adattate, tenendo conto di tutte le risorse fisiche, psichiche e mentali, nonché delle limitazioni, in termini qualitativi e quantitativi. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. Non può invece essere accolta la richiesta del ricorrente di riconoscergli una completa incapacità lavorativa sin dal 1° marzo 2025 sulla sola base dei

documenti medici prodotti, non essendo sufficienti a stabilire, con il dovuto grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, la presenza di una totale incapacità lavorativa anche oltre tale data. Il fatto che i periti hanno affermato che la situazione clinica risulta stabilizzata, cronica, e non suscettibile di miglioramento terapeutico significativo e che le limitazioni funzionali devono considerarsi definitive, non osta al rinvio della causa all'Ufficio AI e non permette di giungere alla conclusione auspicata dall'insorgente. L'assenza di un possibile miglioramento dello stato di salute non implica una completa incapacità lavorativa in qualsiasi attività. La cronicità di una patologia non significa che essa comporti l'impossibilità per una persona di svolgere attività leggere ed adatte al suo stato di salute. Inoltre il fatto che lo stato di salute non sia suscettibile di miglioramento non impedisce di ritenere, in presenza di documentazione medica oggettiva, un possibile peggioramento dello stato valetudinario. Il rinvio è giustificato anche dalla circostanza che lo stesso assicurato contesta la perizia bidisciplinare, sollevando dubbi in merito all'imparzialità dei periti e sollevando alcune contraddizioni a suo dire presenti del referto del 7 aprile 2025. Va pure respinta la censura secondo cui un rinvio degli atti all'amministrazione potrebbe costituire una ritardata giustizia, ritenuto che la domanda di prestazioni è stata inoltrata due anni fa (sul tema cfr. la STCA 32.2024.76 del 2 dicembre 2024). Una procedura ha una durata eccessiva ed è contraria al precetto costituzionale, quando un'autorità dilunga in maniera inopportuna l'adozione di una decisione, tenuto conto della natura della controversia e di tutte le altre circostanze del caso. Decisiva non è solo la durata del processo dinanzi al singolo grado di giudizio, ma anche il periodo dell'intera procedura (STF 8C\_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.1 con riferimenti). Nel caso di specie non emerge dagli atti che l'Ufficio AI avrebbe procrastinato inutilmente la procedura. Del resto il rinvio per ulteriori accertamenti deriva dal fatto che lo stesso insorgente ha prodotto nuova documentazione medica che necessita di ulteriori approfondimenti specialistici. Il principio della celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGa) è un caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, ma in linea di principio non ha una portata così forte da mettere in secondo piano il principio inquisitorio e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C\_433/2018 del 14 agosto 2018, consid. 5.1). Un accertamento insufficiente della fattispecie giuridicamente rilevante costituisce una violazione del principio inquisitorio che regge la procedura delle assicurazioni sociali (sul tema cfr. STCA 35.2016.84 del 18 luglio 2017, consid. 2.4 e STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.1; STCA 32.2020.63 del 23 novembre 2020, consid. 2.10 e STCA 32.2020.92 del 18 gennaio 2021, consid. 2.10). Ne segue che, come richiesto dall'amministrazione, gli atti devono esserle ritornati per l'allestimento di una perizia pluridisciplinare (perlomeno psichiatrica, reumatologica e neurologica) atta a stabilire l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato dal 1° marzo 2025. 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 necessita di complementi per il periodo successivo al 1° marzo 2025, 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. In tale contesto l'Ufficio AI dovrà stabilire a chi affidare la nuova perizia anche alla luce delle contestazioni del ricorrente nei confronti del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_. Ritenuta la necessità di procedere con ulteriori accertamenti medici, non occorre ancora verificare in questa sede l'aspetto economico ed in particolare l'applicazione delle Tabelle RSS al caso di specie. Va da sé che l'Ufficio AI dovrà tenere sotto controllo la prosecuzione della presente procedura ed agire, nel limite del possibile, con particolare celerità, sollecitando l'emanazione della chiesta perizia ed emanando la decisione in tempi ragionevoli, senza perdite di tempo. 8. Infine, per quanto concerne la richiesta tendente all'invio di atti prodotti in questa sede al TRAM, alla Pretura Civile di \_\_\_\_\_ e all'Ufficio della Giustizia a Berna, questo TCA rileva quanto segue. È vero che l'art. 58 cpv. 3 LPGA prevede che l'autorità che si considera incompetente trasmette senza indugio il ricorso al competente tribunale delle assicurazioni e che lo scritto del 25 agosto 2025, come richiesto dall'assicurato, è stato trasmesso al TRAM (doc. V). Rimane tuttavia riservato l'abuso di diritto (cfr. STF 8C\_77/2020 del 17 marzo 2020 e STF U 179/01 del 3 agosto 2001). In particolare tale disposto non può trovare applicazione quando, come in concreto, la persona assicurata sceglie consapevolmente e deliberatamente di trasmettere sistematicamente la sua corrispondenza ad un'autorità manifestamente non competente. Ciò vale a maggiore ragione nel caso di specie, laddove lo stesso insorgente ha affermato di aver già avviato una procedura innanzi alla Pretura Civile di \_\_\_\_\_, di aver già chiesto all'Ufficio di Giustizia di Berna di aprire un fascicolo per le sue rimostranze nei confronti del suo ex datore di lavoro e dell'assicuratore malattie e di avere già avuto una causa pendente presso il TRAM. Egli è pertanto in grado di trasmettere la documentazione adeguata alle diverse autorità competenti. Non spetta di conseguenza a questo Tribunale effettuare una cernita della copiosa documentazione prodotta dall'assicurato per smistarla ad altre autorità. 9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata va annullata, fermo restando il diritto alla rendita intera dal 1° ottobre 2024 al 31 maggio 2025, e l'incarto va rinviato all'Ufficio AI affinché proceda con gli accertamenti descritti in precedenza. A questo proposito va rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma del diritto alla rendita dal 1° ottobre 2024 al 31 maggio 2025, non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C\_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; cfr. STCA 32.2025.32 dell'11 giugno 2025, consid. 2.8; STCA 32.2020.12 del 7 settembre 2020, consid. 2.6; STCA 32.2018.53 del 18 febbraio 2019, STCA 32.2016.120 del 10 maggio 2017; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015; STCA 32.2014.126 del 27 luglio 2015). 10. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7

aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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