

TI_GERICHTE 32.2024.14 vom 23. Januar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-01-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.14

FR: TI_GERICHTE 32.2024.14 du 23 janvier 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.14 del 23 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1

e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022. ” Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l’asserita invalidità e l’eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l’eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. Nel caso in esame il 28 luglio 2022 l’assicurato ha inoltrato una domanda di prestazioni dell’AI in seguito al sorgere di un’incapacità lavorativa del 100% dal 16 settembre 2021 (doc. A2). Ragione per cui il diritto alla rendita sarebbe sorto dopo il 1° gennaio 2022 (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il nuovo diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. 2.2. Il ricorrente fa valere una violazione del suo diritto di essere sentito ai sensi degli art. 42 LPGA, 29 Cost. e 6 CEDU, poiché le annotazioni/prese di posizione dei periti, dr. med. _____ e dr. med. _____ non gli sono state sottoposte in visione prima dell’emanazione della presente decisione. Egli sostiene inoltre che gli accertamenti istruttori andavano eseguiti in sede amministrativa e non in sede processuale. Per l’art. 6 n. 1 CEDU, ogni persona ha diritto a un’equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Nel campo di applicazione dell’art. 6 CEDU rientrano anche i litigi relativi a prestazioni delle assicurazioni sociali e dell’assistenza sociale (cfr. STF 8C_522/2012 del 2 novembre 2012 consid. 2.3.). Ai sensi dell’art. 42 LPGA, le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Per l’art. 29 cpv.

E. 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 alla DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197; STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3)). 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. 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). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3; STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). Va ancora rammentato che con sentenza 9C_657/2009 del 3 maggio 2010 al consid. 9.2 il Tribunale federale ha stabilito che “ [...] , l' art. 29 cpv. 2 Cost. non conferisce il diritto di essere sentito oralmente, bensì limita la garanzia alla possibilità di prendere posizione per iscritto, a meno che una norma non preveda espressamente il diritto a un'audizione orale (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni C 128/04 de 20 settembre 2005, in: SVR 2006 AHV no. 5 pag. 15, consid. 1.2 con riferimenti). Ora, né l' art. 42 LPGA , né la PA, né tanto meno la LAVS prescrivono espressamente un simile diritto (cfr. del resto sentenza citata C 128/04 , ibidem). Insieme alla Corte cantonale si può pertanto concludere che l'assicurato ha già avuto modo di esprimersi sufficientemente sulla vertenza in sede amministrativa. E comunque, anche a prescindere da queste considerazioni, il ricorrente ha in ogni caso avuto la possibilità di (ri)proporre le sue argomentazioni dinanzi a un'autorità giudiziaria, quale il Tribunale cantonale delle assicurazioni, dotata di pieno potere cognitivo. In tali condizioni, non vi è spazio per ammettere una violazione del diritto di essere sentito ”. 2.3. Nel caso di specie, in seguito all'emanazione del progetto di decisione, il ricorrente, tramite il suo avvocato, ha chiesto ed ottenuto il 3 gennaio 2024 gli atti dell'incarto AI (pag. 287-288 incarto AI) e l'8 gennaio 2024 ha prodotto delle osservazioni scritte (pag. 292-294) che sono state sottoposte ai periti, dr. med. _____ e dr. med. _____. Il dr. med. _____ si è espresso il 15 gennaio 2024 (pag. 314-315 incarto AI), mentre il dr. med. _____ ha prodotto le sue osservazioni il 21 gennaio 2024 (pag. 317-319 incarto AI). Il 23 gennaio 2024 l'Ufficio AI ha emesso la decisione qui impugnata indicando che le osservazioni “ sono state poste al vaglio del nostro Servizio Medico Regionale, il quale, dopo i complementi peritali del 15 e 21 gennaio 2024, ha confermato in toto la propria presa di posizione ” (pag. 321 incarto AI). Il 29 gennaio 2024 il ricorrente, tramite il suo legale, ha chiesto copia degli atti aggiornati (pag. 328 incarto AI), trasmessigli dall'UAI con scritto del 31 gennaio 2024 (pag. 331-332 incarto AI). Dalle tavole processuali emerge di conseguenza che l'esito (negativo) delle prese di posizione dei due periti è stato menzionato nella decisione impugnata e che l'insorgente ha potuto prenderne visione molto tempo prima della scadenza del termine ricorsuale. Il ricorrente, rappresentato da un legale, ha compreso il contenuto della decisione e delle osservazioni dei periti. Tant'è che le ha ampiamente contestate, innanzi ad un Tribunale che dispone di un pieno potere d'esame (cfr. anche STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3), tramite un ricorso motivato, al quale ha allegato ulteriore documentazione medica. Ne segue che non vi è stata nessuna

violazione del suo diritto di essere sentito. Inoltre, pendente causa l'assicurato ha preso posizione anche sulle allegazioni del dr. med. _____ allegate alla risposta di causa ed ha potuto esprimersi anche sulla successiva annotazione del perito (doc. VIII e doc. XII). Tali prese di posizione non costituiscono nuovi accertamenti medici eseguiti pendente causa dall'amministrazione. Il perito si è infatti limitato a spiegare come è giunto alle sue valutazioni circa la capacità lavorativa dell'assicurato. Alla luce di quanto sopra esposto, anche se per pura ipotesi di lavoro si ritenesse una violazione del diritto di essere sentito, esso è comunque stato sanato in questa sede. A questo proposito va rammentato che, come emerge dalla 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; STF 9C_401/2023 del 5 gennaio 2024, consid. 3.1.2). 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 l'annullamento 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 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). In concreto, il TCA dispone di un pieno potere di esame (cfr. anche STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGA). In queste condizioni il TCA può entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo questa definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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 secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è dunque di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.5. Nel caso di specie, il 7 aprile 2023 il medico SMR, dr.ssa med. _____, esaminati gli atti prodotti dal ricorrente ed acquisiti dall'amministrazione, ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di episodio depressivo reattivo di grado moderato (ICD 10 F 32.1; 09.2021), disturbo d'ansia (ICD 10 F 43.22; 09.2022), disturbi della sfera psichica (2009 e 2010), problematica psichiatrica (2015), lombalgie ricorrenti (1994 sindrome lombospondilogenica con sacroileite destra; 1998 sindrome lombovertebrale su turbe degenerative e discopatia L5-S1, trattamento con infiltrazioni peridurali; 08.1999 Sindrome lombovertebrale con irradiazioni radicolari L5, S1; 05.04.2021 Sindrome lombovertebrale subacuta) e carcinoma uroteliale della vescica PT1, G3 (07.08.2017 e 07.09.2017 TUR-V; 18.10.2017-29.11.2017 chemioterapia Fluoro-uracil, seguito da instillazioni di BCG; 19.05.2018 nuova TUR-V: infiammazione, ulteriore ciclo di 5-FU; 08.2022 sintomatologia; 17.08.2022 TAC: non lesioni sospette, vescica sovradistesa; 25.08.2022 TUR-V e TUR-P, terapia con Duodart® per cistite cronica erosiva, ipertrofia della prostata benigna, assenza di tumore; 16.03.2023

soddisfatto per la minzione, uretrocistoscopia, controllo fra 6 mesi). La dr.ssa med. _____ ha stabilito che l'insorgente è stato inabile al lavoro in qualsiasi attività al 100% dal 16 settembre 2021, al 50% dal 1° novembre 2021, al 100% dal 1° dicembre 2021, allo 0% dal 1° dicembre 2021 (sic!) e nuovamente al 100% dal 2 dicembre 2021 (pag. 170 incarto AI). Il 17 aprile 2023 la dr.ssa med. _____ ed il dr. med. _____ hanno rilevato la necessità di allestire una perizia bidisciplinare reumatologica e psichiatrica (pag. 171 incarto AI). Il referto è stato redatto il 3 ottobre 2023 dai dr. med. _____, FMH reumatologia, e dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (pag. 215 e seguenti incarto AI). I periti hanno posto le diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica bilaterale in note alterazioni degenerative del rachide lombare con discopatia L5/S1, esiti da sutura del tendine muscolo sovraspinoso con stabilizzazione anteriore per lussazione recidivante della spalla sinistra, il 2 settembre 2019 e sindrome da disadattamento, con reazione mista ansioso depressiva (F43.22). Essi hanno inoltre posto le diagnosi rilevanti senza influenze sulla capacità lavorativa di disturbi statici della colonna vertebrale (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare e tratti di personalità disfunzionali, con propensione alla diffidenza e alle continue rivendicazioni nei contesti interpersonali. Nella perizia bidisciplinare, per quanto qui d'interesse, risulta: " (...) Sul piano psichiatrico: Si può accettare un'inabilità lavorativa per reazione ansioso depressiva dal mese di settembre 2021 fino al mese di agosto 2022. Dal mese di settembre 2022, l'assicurato dice che era migliorato e aveva dichiarato allo psichiatra di sentirsi pronto per rientrare al lavoro; tuttavia quest'ultimo gliel'avrebbe sconsigliato, perché già precedenti tentativi erano falliti nel corso degli anni. Non ci sono dunque limiti psichiatrici ammissibili dal settembre 2022 e nell'attualità. I tratti disfunzionali della personalità hanno reso necessari alcuni trasferimenti entro il _____, ma complessivamente l'assicurato ha lavorato tutta la vita senza degli eccessivi disfunzionamenti. D Discussioni di aspetti della personalità eventualmente rilevanti I tratti disfunzionali della personalità hanno reso necessari alcuni trasferimenti entro il _____, ma complessivamente l'assicurato ha lavorato tutta la vita senza degli eccessivi disfunzionamenti. E Discussione di fattori di stress e risorse Nulla da segnalare. F verifica della coerenza I disturbi accusati dall'assicurato, i deficit funzionali riferiti, solo parzialmente documentabili durante l'esame clinico funzionale peritale, risultano soltanto parzialmente spiegabili con le alterazioni strutturali finora note. Come osservato il fabbisogno analgesico è estremamente ridotto e consiste nell'assunzione di un analgesico molto mite, il trattamento antalgico non è dunque proporzionato all'intensità dei dolori accusati, recepiti come invalidanti, sull'arco delle 24 ore. Dal punto di vista psichiatrico non ci sono incoerenze da segnalare. G Capacità lavorativa nell'attività svolta finora, in relazione ad un'attività lavorativa svolta al 100% La capacità lavorativa globale nell'attività abituale come operaio specializzato nella _____ è attualmente: - Abile al 90% ovvero inabile al 10% (per sola patologia di pertinenza reumatologica) La capacità lavorativa globale come casalingo è integra. H Capacità lavorativa in un'attività adeguata, in relazione ad un'attività lavorativa svolta al 100% Attualmente: - Abile al 100% ovvero inabile allo 0% (nessuna patologia con influenza sulla CL in attività adeguata). I Motivazione della capacità e dell'incapacità lavorative complessive (le incapacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto) Non ci sono inabilità parziali sulle quali sia necessario discutere. I.1 descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo nell'attività svolta (...). Globalmente la capacità lavorativa è -

Abile allo 0% ovvero inabile al 100% dal settembre 2021 ad agosto 2022 (per disturbo psichiatrico prevalente) - Abile al 90% ovvero inabile allo 10% da settembre 2022 in avanti (per sola patologia di pertinenza reumatologica) I.2 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo in un'attività adatta (...). Globalmente: - Abile allo 0% ovvero inabile al 100% dal settembre 2021 ad agosto 2022 (patologia psichiatrica) - Abile al 100% ovvero inabile allo 0% da settembre 2022 in avanti (nessuna patologia con influenza sulla CL in attività adeguata) (...)" Nel consulto psichiatrico, figura: " (...) Quadro clinico dei disturbi legati al lavoro (valutazione e motivazione dell'assicurato/o su cosa funziona ancora e su cosa non è più possibile sul lavoro): L'assicurato dice di voler stare a casa da lavoro per concentrarsi ad occuparsi di sua figlia. Spiega che a casa propria lui si rende utile, lavora in giardino e in casa, ma se il _____ non riesce a trovargli un'occupazione, allora: "vuol dire che non sono più in grado per loro, quindi se la loro proposta è di andare in pensione a 60 anni come fanno tutti, per me va bene": E ancora afferma: "per loro ormai ero solo un numero e allora, a 60 anni, non ho tanti sbocchi... la voglia c'è, io dentro mi sento non un ragazzo, ma mi sento che sto bene, che potrei essere ancora utile alla società... però se devo andare in pensione vado in pensione, ho tanti hobby... ma poi subentrano problemi con i soldi... vorrei avere i soldi per portare mia figlia in vacanza". (...) Aspettative per il futuro in generale e, in particolare, per quanto riguarda le attività professionali o l'integrazione L'assicurato si aspetta di risolvere progressivamente i suoi problemi, di stare meglio e che con la sua ex compagna si appianino i conflitti. Spera di togliersi tutte queste angosce che percepisce, ma teme che se le porterà dietro a lungo. Dichiaro che non gli piacciono i posti affollati quando è da solo, in compagnia riuscirebbe a tollerarli meglio e spera di migliorare, perché quando ha sua figlia sta bene e nota che si rilassa e tutto diventa più bello. (...)

E. 2.9

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 del ricorrente.

E. 6

Diagnosi Con ripercussioni sulla capacità lavorativa F43.22 Sindrome da disadattamento, con reazione mista ansioso depressiva. La diagnosi formulata dal curante, esacerbata da incomprensioni lavorative e problematiche neoplastiche, può essere realisticamente confermata. Essa può aver giustificato in passato un periodo di completa incapacità lavorativa, ma si trova in remissione completa da diversi mesi, per cui nell'attualità non ha più alcun impatto sulla capacità di lavoro. (...) Le _____ del _____ avrebbero proposto un prepensionamento dal 01 dicembre 2023, prospettiva nei confronti della quale il soggetto non avrebbe nulla in contrario. Si dice preoccupato perché il prepensionamento comporterebbe un'entrata mensile di circa 3200 CHF, rispetto all'entrata attuale di 4500 CHF. (...) 7.2 Valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazioni, provvedimenti d'integrazione ecc. e discussione delle possibilità di guarigione Nel 2018 ha ripreso i colloqui con il Dr med _____ e ha preferito una terapia omeopatica gestita dalla Dr.ssa _____. La farmacoterapia con Ciprex 10 mg 1 cpr al giorno risulta dal mese di novembre del 2021. Al bisogno, per dormire, assumerebbe anche Temesta, ma non tutti i

giorni. Dice di incontrare il Dr. _____ ogni due settimane. L'anno scorso, attorno al mese di settembre 2022, l'assicurato dice che era migliorato e aveva dichiarato allo psichiatra di sentirsi pronto per rientrare al lavoro; tuttavia quest'ultimo gliel'avrebbe sconsigliato, perché già precedenti tentativi erano falliti nel corso degli anni. (...). 7.4 Valutazione di capacità, risorse e problemi Si può accettare un'inabilità lavorativa per reazione ansioso depressiva dal mese di settembre 2021 fino al mese di agosto 2022. Dal mese di settembre 2022, l'assicurato dice che era migliorato e aveva dichiarato allo psichiatra di sentirsi pronto per rientrare al lavoro; tuttavia quest'ultimo gliel'avrebbe sconsigliato, perché già precedenti tentativi erano falliti nel corso degli anni. Non ci sono quindi dei limiti psichiatrici ammissibili dal settembre 2022 e nell'attualità. I tratti disfunzionali della personalità hanno reso necessari alcuni trasferimenti entro il _____, ma complessivamente l'assicurato ha lavorato tutta la vita senza degli eccessivi disfunzionamenti. (...)" Il 10 ottobre 2023 il medico SMR, dr.ssa med. _____, ha confermato l'esito della perizia ed ha stabilito che l'insorgente è stato completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività dal mese di settembre 2021 al mese di agosto 2022 ed in seguito abile al 90% nella precedente attività ed al 100% in attività leggera. In seguito alle osservazioni prodotte dall'assicurato sul progetto di rendita, i periti hanno preso posizione sulle affermazioni dell'insorgente. Il dr. med. _____ ha confermato l'esito peritale, rilevando che nella nuova documentazione non vi sono dati medici oggettivi di pertinenza reumatologica, non già noti al momento della valutazione peritale (pag. 315 incarto AI). Il dr. med. _____ ha affermato: "(...) Da parte mia, in primis evidenzio come la perizia sia completa in tutti i punti e risponda, in modo argomentato, ai quesiti che sono stati posti. Ho segnalato che nel lontano 2014 è avvenuto il trasferimento presso l'ufficio di _____. L'assicurato aveva raccontato che, anche in questo posto di lavoro, vi era stato un peggioramento generale dei rapporti a partire dal 2017 in avanti. Aveva detto di essersi spesso sentito "trattato male", anche dopo essere rientrato dalla malattia. Infine, pure la relazione con il suo funzionario dirigente si era logorata, portandolo a quello che definisce un "burn-out". Con i suoi curanti ha ammesso di aver lavorato in psicoterapia, per cercare di farsi scivolare le cose addosso, ma negli ultimi tempi non era più riuscito a farlo. L'anno scorso, attorno al mese di settembre 2022, l'assicurato aveva detto che era migliorato e aveva dichiarato allo psichiatra di sentirsi pronto per rientrare al lavoro; tuttavia quest'ultimo gliel'avrebbe sconsigliato, perché già precedenti tentativi erano falliti nel corso degli anni. Si evidenzia come il lavoro di psicoterapia abbia consentito, per diversi anni, all'assicurato di riuscire a "farsi scivolare le cose addosso". Egli è dunque soggetto terapeutico attivo e consapevole, ha un esame di realtà integro, le sue dichiarazioni sono attendibili. D'altra parte la cura psichiatrica è finalizzata a ottenere un miglioramento e a mantenerlo nel tempo, per cui non stupisce che una cura protratta abbia portato a un miglioramento stabile. Il dato è corroborato oggettivamente dal fatto che la farmacoterapia antidepressiva rimane invariata da anni (da novembre 2021) senza aver subito rimaneggiamenti. Il miglioramento è coerente con quanto emerge nel paragrafo del quadro clinico dei disturbi legati al lavoro e nella descrizione della vita quotidiana. Anche lo status oggettivo, presentato secondo AMDP system, è coerente con gli altri aspetti esaminati e depone per una capacità funzionale completa. L'avvocato quindi sbaglia, quando ipotizza che la definizione dell'inabilità lavorativa sia stata delegata all'assicurato. Dalla perizia si evince con chiarezza che non c'è nell'attualità una sindrome psichiatrica che possa giustificare un'inabilità lavorativa. La sindrome da disadattamento è infatti in remissione completa da diverso tempo, il

miglioramento è ormai evidente ed è confermato da tutti i fatti che sono stati esaminati. Solo e soltanto per collocare nel tempo l'avvenuto miglioramento, che realisticamente non può essere intervenuto il giorno stesso del primo colloquio peritale, (non fosse altro per la farmacoterapia stabile dal 2021 a oggi), il perito si è basato sulle dichiarazioni dell'assicurato." (pag. 318-319 incarto AI) Con il ricorso, l'insorgente ha prodotto due certificati medici del curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 16 agosto 2023 e del 21 febbraio 2024. Nel primo referto, all'attenzione _____, lo specialista ha affermato: " (...) è seguito regolarmente dal sottoscritto per un burn out su una sindrome ansiosa generalizzata che in diverse occasioni in passato ha creato problematiche lavorative, per cui da tempo il paziente risulta inabile al lavoro e diversi tentativi di ripresa del lavoro presso l'_____ non hanno portato ad un buon risultato ed è attualmente in attesa di essere valutato presso la commissione AI di Bellinzona. Il paziente è seguito anche dalla Dr. _____ di _____ e dal Dr. _____ di _____, FMH urologia. Il paziente ha presentato, sul finire dell'estate scorsa, una nuova sintomatologia che è stata interpretata come una recidiva di un tumore a livello vescicale. Il paziente infatti era stato già curato per la stessa problematica della vescica nel passato, sempre dagli stessi medici, nel 2018. Le problematiche lavorative in seguito a quelle oncologiche urologiche sono state verificate dai medici curanti e dal medico del personale del _____. Nell'ultimo anno il paziente, oltre le problematiche conosciute per le dinamiche lavorative che hanno determinato questa sindrome ansiosa da disadattamento nell'ambiente di lavoro, ha presentato anche dinamiche sentimentali che hanno portato alla separazione dalla compagna da cui ha avuto una figlia, attualmente di circa 8 anni. Il paziente presenta una personalità semplice, scarsamente acculturata e appare molto deluso dal fatto che le ipotesi passate sul posto di lavoro di un reintegro nell'_____ in un'altra mansione non siano state realizzate. Il paziente per quanto riguarda le mie informazioni vive solo, occasionalmente aiutato nell'economia domestica dalla madre e si occupa regolarmente con buon esito della unica figlia. Il paziente viene visto regolarmente presso il mio studio dove riceve anche un trattamento psicofarmacologico ansiolitico antidepressivo con buon esito ed è sempre seguito dai servizi specialistici oncologico-urologico presso il curante." (doc. A4) Nel referto del 21 febbraio 2024, il curante ha affermato: " (...) come da sua richiesta ho esaminato la documentazione che mi ha inviato e non posso far altro che riconfermare le valutazioni già espresse in passato per questo paziente che conosco già dal 2010 per una problematica di un disturbo d'ansia su una struttura di personalità disturbata F43.22 e F60.8. Il paziente è stato, nel corso degli anni, visitato regolarmente oltre che dai medici curanti dal _____ e dalla psichiatra _____. Nessuno ha mai messo in dubbio le inabilità lavorative legate alle problematiche psicologiche del paziente che per molto tempo ha sperato in una reintegrazione a cura dell'_____ in un posto di lavoro adatto, così come era successo in passato. I problemi caratteriali e i disturbi del paziente hanno sempre reso molto difficile l'interazione con i colleghi di lavoro e particolarmente con i superiori. Anche il _____ aveva sollecitato l'_____ a trovare un'occupazione idonea per quanto possibile per l'interessato. Non mi risulta che questo sia stato fatto, o perlomeno non con esito positivo, tanto che il paziente alla fine è stato espulso. Sulla valutazione psichiatrica del collega Dr. _____ che dichiara il paziente guarito, e che limita l'incapacità lavorativa dell'interessato a un periodo relativo non ho capito quali siano le motivazioni. Nella storia clinica dell'interessato le ricordo che oltre a queste vicende che ho cercato di riassumere che

nell'ultimo anno il paziente ha affrontato diverse dinamiche fonte di angoscia e di forti preoccupazioni legate alla separazione dalla compagna e ai litigi sull'affidamento dell'unica figlia. Queste vicende sono finite anche di fronte all'_____ di cui le allego, con l'autorizzazione del paziente per maggiore informazione, copia di un mio scritto richiesto dall'autorità. In conclusione il paziente è affetto cronicamente da un disturbo misto dell'umore e della personalità che ha reso, anche in conseguenza delle malattie somatiche tumorali e delle problematiche esistenziali, impossibile (vedi _____) poterlo reimpiegare nelle mansioni e nelle qualifiche precedenti." (doc. A3) Agli atti vi è pure uno scritto dell'insorgente _____ del 3 ottobre 2023 dove chiede il pensionamento anticipato per vecchiaia dal 1° ottobre 2023 (doc. A5). Con presa di posizione del 1° marzo 2024, il dr. med. _____ ha affermato: "(...) In merito ai due rapporti del Dr. _____, cominciando da quello del 21 febbraio 2024: il fatto che il periziando abbia una struttura di personalità disturbata può essere ammesso. Anche il perito ha segnalato nella perizia la presenza di tratti di personalità disfunzionali, con propensione alla diffidenza e alle continue rivendicazioni nei contesti interpersonali. Questo è in linea con quanto è stato documentato dal medico del personale nel dossier, del quale il perito ha preso ampiamente visione. Occorrono tuttavia tre osservazioni: - La prima è che soltanto in febbraio 2024 lo psichiatra curante codifica questi tratti di personalità come se essi fossero una diagnosi psichiatrica a sé stante, ed anche molto impattante, indicando il codice ICD 10 F60.8. Non ci sono invece criteri per porre la diagnosi di un disturbo di personalità nelle attestazioni precedenti dello psichiatra curante, sia in quella del 2022, sia in quella del 16 agosto 2023, dove si parlava soltanto di personalità semplice e scarsamente acculturata. - Sempre nel rapporto del 16 agosto 2023 (così come in quello di ottobre 2023) lo psichiatra curante parlava, come diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di una sindrome ansiosa da disadattamento nell'ambiente di lavoro e non primariamente di un disturbo della personalità. - Adesso, una presa di posizione dopo l'altra, mi sembra che si vogliano cambiare le carte in tavola e ci si focalizza soprattutto sulla personalità, arrivando addirittura a volerla codificare come un disturbo vero e proprio, anche altamente invalidante. Questo modo di procedere non mi sembra corretto e neanche scientificamente sensato. Va infatti ricordato che, seppur con alcuni cambiamenti di contesto, l'assicurato, proprio con la sua personalità, ha lavorato ed ha reso sul lavoro, e questo per quasi tutta la sua vita professionale. Il curante non capisce cosa sia migliorato nel periziando; il perito non può che ribadire che, quella medesima sindrome ansiosa da disadattamento nell'ambiente di lavoro da lui certificata, risultava completamente rientrata al momento della valutazione peritale. Inoltre, la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa si basa sulla possibilità di svolgere la professione abituale sul mercato del lavoro generale e non soltanto presso l'ultimo ambiente/datore di lavoro. La risposta del sottoscritto, circa la capacità lavorativa medico teorica in attività abituale, (facendo astrazione dagli elementi legati al contesto e da eventuali possibilità concrete di reintegrazione connesse a fattori non medici), è quindi corretta. (...). In merito allo scritto dell'avvocato rilevo invece quanto segue: Dopo un riassunto delle varie prese di posizione intercorse, a pagina 5 l'avvocato ancora sostiene che la capacità lavorativa sia stata definita dal perito basandosi unicamente su quanto esposto a un certo punto dal periziando. Come ho già detto, ribadisco che ho definito la capacità lavorativa basandomi su tutti gli elementi a mia disposizione. A titolo abbondanziale segnalo che nel rapporto del 16 agosto 2023, lo psichiatra curante (prima di cambiare nettamente il tono nel suo nuovo rapporto del 2024) ancora segnalava che presso il suo studio il paziente riceveva un trattamento psicofarmacologico ansiolitico e

antidepressivo con buon esito . Non è quindi corretto continuare a insistere, dicendo che il perito ha delegato all'assicurato la definizione della sua capacità lavorativa. Il sottoscritto ha definito la capacità lavorativa medico-teorica sulla base dei dati complessivi e di tutti i segni medici osservati allo stato stazionario. Con l'aiuto dell'assicurato il perito ha solo e soltanto cercato di collocare nel tempo l'avvenuto miglioramento, secondo verosimiglianza preponderante. L'avvocato cita poi degli spezzoni di colloquio. In verità, essi dimostrano, prima di tutto, quanto il perito abbia segnalato tutto quello che è stato riferito all'assicurato e come lo abbia descritto fedelmente e con completezza nella sua valutazione peritale. È ovvio che la perizia non possa contenere anche la trascrizione intera dei colloqui, procedura altamente ineconomica, ma i dati soggettivi dell'assicurato, comprese tutte le sue lamentele e le preoccupazioni ansiose da lui riferite, sono chiaramente presenti nella perizia e non sono stati assolutamente omessi. Il sottoscritto non ha però ravvisato delle disfunzioni oggettive durante i colloqui, pertanto le lamentele soggettive, comprese le preoccupazioni per gli eventi familiari e per la salute fisica, rientrano tra le transitorie reazioni emotive negative, che normalmente affliggono tutte le persone sottoposte a intensi stress. Esse non possono essere assimilate a una malattia mentale in senso stretto, grave e inemendabile, soprattutto se la stabilità della cura farmacologica, ritenuta "con buon esito" dal curante, ci lascia intendere che la malattia è compensata in maniera soddisfacente da parecchi mesi. Il perito non ha comunque voluto segnalare delle incoerenze nel paragrafo dedicato ad esse; questo perché, dai colloqui effettuati, risultava chiaro che il periziando fosse abile al lavoro, che non vi fosse in lui una malattia mentale e, soprattutto, che lui stesso lo ammettesse pacificamente, senza fare delle polemiche (almeno all'epoca), ma sentendosi semmai ingiustamente marginalizzato dal suo datore di lavoro tramite una proposta di prepensionamento. Il perito ha quindi definito la capacità lavorativa sulla base dei dati complessivi, non ha delegato tale compito all'assicurato e conferma serenamente le conclusioni peritali nella loro interezza." (doc. IV/1) Con certificato dell'8 aprile 2024 il curante, dr. med. _____, ha affermato: " (...) come da sua richiesta del 02.04.2024 le confermo le diagnosi così come espresse nei precedenti rapporti del 21.02.2024 e del 25.03.2024. Al paziente è stato diagnosticato: - Un disturbo d'ansia su un disturbo di personalità disturbata F43.22 e F60.8 come ICD10 Le confermo inoltre la mia valutazione su una completa incapacità al lavoro da parte dell'interessato a causa delle problematiche sofferte così come dimostrato _____ che, nel corso degli ultimi due anni, non è stata in grado di trovare un'altra occupazione per l'interessato ritenendolo evidentemente incollocabile ed incapace al lavoro, spingendolo ad un pensionamento anticipato." (doc. VIII/B) Il 13 aprile 2024 il dr. med. _____ ha preso posizione, affermando: " (...) Il medico curante conferma le diagnosi che ha fatto nell'anno 2024, con la codifica aggiuntiva F60.8. Ritiene che il fatto che l'assicurato sia stato "spinto" verso il prepensionamento dimostri che egli è inabile al lavoro. Rispetto a questi due argomenti il perito ha già preso posizione nella risposta del 01.03.2024." (doc. X/1) 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, 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). 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). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) 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. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPD, 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 quindi 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 attraverso 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 TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale 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). In tali due sentenze 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. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). 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 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che 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. 2.8. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia bidisciplinare (reumatologica e psichiatrica) del 3 ottobre 2023, unitamente ai complementi del 15 gennaio 2024 e del 21 gennaio 2024, le cui conclusioni sono state avvallate dal medico SMR, dr.ssa med.

_____ il 10 ottobre 2023 ed il 22 gennaio 2024. Il referto, allestito dopo una procedura probatoria strutturata, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a loro disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa del ricorrente sulla base delle visite effettuate l'8 settembre 2023, il 22 settembre 2023 ed il 29 settembre 2023. Al referto va attribuita piena forza probante. Nel dettaglio, dal lato reumatologico, il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, dopo aver visitato l'insorgente in data 29 settembre 2023, al termine di un accurato ed approfondito esame peritale ha stabilito che l'interessato nella sua ultima attività di operaio specializzato nella _____ è abile al lavoro al 90%, mentre in attività leggere e confacenti al suo stato di salute è abile al 100% con le limitazioni ivi descritte. Il ricorrente nelle more processuali non ha prodotto alcun certificato medico specialistico in ambito reumatologico che sia atto a sovvertire le conclusioni peritali. Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalle valutazioni del dr. med. _____. Per quanto concerne invece la patologia psichiatrica, il cui referto del dr. med. _____ è stato criticato dal ricorrente con l'ausilio anche di alcuni referti emessi dal curante, dr. med. _____, va rilevato come lo specialista, dopo aver visitato l'insorgente l'8 settembre 2023 ed il 22 settembre 2023, esaminati i rapporti medici agli atti e descritta approfonditamente l'anamnesi, ha riportato gli esiti dei test effettuati ed ha proceduto alla valutazione diagnostica, spiegando le ragioni per le quali ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di F43.22 sindrome da disadattamento, con reazione mista ansioso depressiva. Lo specialista, ripercorsa la storia clinica del ricorrente, ha rammentato che nel 2018 l'interessato ha ripreso i colloqui con il dr. med. _____ e dopo aver inizialmente preferito una terapia omeopatica gestita dalla dr.ssa _____, dal mese di novembre 2021 ha assunto Cipralex 10 mg a cpr al giorno ed al bisogno, per dormire, Temesta. Il dr. med. _____ ha aggiunto che “ attorno al mese di settembre 2022, l'assicurato dice che era migliorato e aveva dichiarato allo psichiatra di sentirsi pronto per rientrare al lavoro; tuttavia quest'ultimo gliel'avrebbe sconsigliato, perché già precedenti tentativi erano falliti nel corso degli anni ” (pag. 233 incarto AI). In seguito il perito ha affermato che si “ può accettare un'inabilità lavorativa per reazione ansioso depressiva dal mese di settembre 2021 fino al mese di agosto 2022. Dal mese di settembre 2022, l'assicurato dice che era migliorato e aveva dichiarato allo psichiatra di sentirsi pronto per rientrare al lavoro ” e che “ non ci sono quindi dei limiti psichiatrici ammissibili dal settembre 2022 e nell'attualità ”, sottolineando come i “ tratti disfunzionali della personalità hanno reso necessari alcuni trasferimenti entro il _____, ma complessivamente l'assicurato ha lavorato tutta la vita senza degli eccessivi disfunzionamenti ”. Il ricorrente critica la valutazione peritale sostenendo che il dr. med. _____ avrebbe in sostanza delegato al ricorrente la decisione circa la fine dell'incapacità lavorativa, poiché si sarebbe fondato solo su quanto da lui asserito in merito alla volontà di riprendere a lavorare senza tenere conto che incombe allo specialista, sulla base di criteri oggettivi, elencati nel ricorso, stabilire la capacità lavorativa del periziando. Lo specialista non avrebbe inoltre considerato altre affermazioni tenute dall'assicurato nel corso delle visite peritali. Le contestazioni vanno respinte. È vero che il perito ha tenuto conto (anche) di quanto affermato dal ricorrente per quanto concerne la dichiarazione di sentirsi pronto per rientrare al lavoro a partire dal mese di settembre 2022. Tuttavia, lo specialista ha spiegato che tale affermazione non è stata presa in considerazione in maniera fine a sé stessa, ma è stata ritenuta insieme ad ulteriori elementi

in base ai quali è stato possibile concludere che a partire da tale data l'interessato era tornato completamente abile al lavoro. Già in sede peritale, dove aveva risposto in modo completo a tutte le domande poste dall'UAI e non contestate dall'insorgente, il dr. med. _____ ha evidenziato come l'interessato fosse affetto da tempo da tratti disfunzionali della personalità che hanno reso necessari alcuni trasferimenti all'interno _____, senza tuttavia impedirgli, complessivamente, di lavorare tutta la vita senza eccessivi disfunzionamenti (pag. 234 incarto AI) ed aveva rilevato come dal mese di novembre 2021 non vi era stata più alcuna modifica della terapia farmacologica (pag. 233 incarto AI). Nell'ambito dell'esame dello status AMDP (pag. 231-232 incarto AI) il perito non ha del resto trovato nulla di patologico nell'attenzione, nella memoria, nella forma del pensiero o nel contenuto del pensiero, accertando una percezione pronta e libera da errore, una coscienza dell'io integra, nulla di patologico nell'affettività e nella carica vitale e psicomotricità, assenti variazioni circadiane, disturbi vegetativi o disturbi neurologici. Egli ha invece rilevato alcuni disturbi psichici come la sospettosità, la diffidenza nei rapporti interpersonali, la rabbia per le ingiustizie che reputa di aver continuamente subito, oltre ad alcuni sintomi somatici, come algie addominali, difficoltà di minzione, stanchezza riferita, ma non obiettabile. Nel complemento del 21 gennaio 2024 e nella presa di posizione del 1° marzo 2024 il dr. med. _____ ha poi ulteriormente motivato la sua valutazione, affermando di non aver delegato all'insorgente la definizione dell'inabilità lavorativa. Il perito ha evidenziato che nel corso della sua carriera lavorativa l'interessato aveva già avuto dei periodi di malattia ed era stato trasferito più volte all'interno _____, senza che questo gli avesse impedito di continuare a lavorare al termine della fase di incapacità lavorativa. Grazie alla psicoterapia, per diversi anni l'insorgente era riuscito a “ farsi scivolare le cose addosso ”. Il ricorrente è di conseguenza un soggetto terapeutico attivo e consapevole, con un esame della realtà integro. La cura psichiatrica, finalizzata ad ottenere un'evoluzione positiva ed a mantenerla nel tempo, ha portato ad un miglioramento stabile, comprovato dal fatto che la farmacoterapia antidepressiva è rimasta invariata dal mese di novembre 2021 senza alcuna modifica. Il perito evidenzia come il cambiamento dello stato di salute è oggettivato dall'AMDP System, che depone per una capacità funzionale completa e come sia coerente con quanto emerge dalla descrizione del quadro clinico (pag. 229-230 incarto AI: “ [...] L'assicurato dice di voler stare a casa da lavoro per concentrarsi ad occuparsi di sua figlia. Spiega che a casa propria lui si rende utile, lavora in giardino e in casa, ma se il _____ non riesce a trovargli un'occupazione, allora: “vuol dire che non sono più in grado per loro, quindi se la loro proposta è di andare in pensione a 60 anni come fanno tutti, per me va bene”: E ancora afferma: “per loro ormai ero solo un numero e allora, a 60 anni, non ho tanti sbocchi... la voglia c'è, io dentro mi sento non un ragazzo, ma mi sento che sto bene, che potrei essere ancora utile alla società... però se devo andare in pensione vado in pensione, ho tanti hobby... ma poi subentrano problemi con i soldi... vorrei avere i soldi per portare mia figlia in vacanza ”) e nella descrizione della vita quotidiana (pag. 230 incarto AI). A ragione il perito ha sottolineato come dal referto emerga con chiarezza l'assenza di una sindrome psichiatrica che possa giustificare un'inabilità lavorativa, anche perché la sindrome da disadattamento è in remissione completa da diverso tempo, il miglioramento è evidente ed è confermato dai fatti. A questo proposito rileva come il curante, dr. med. _____, il 16 agosto 2023 ha indicato che l'insorgente “ riceve anche un trattamento psicofarmacologico ansiolitico antidepressivo con buon esito ” (doc. A4). Unicamente per collocare nel tempo l'avvenuto miglioramento sulla base del principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che, sulla

base degli atti, non poteva essere avvenuta solo il giorno stesso del primo colloquio, il dr. med. _____ ha fatto riferimento alle dichiarazioni dell'assicurato. Per questo motivo, del resto, non ha messo in discussione la totale incapacità lavorativa dal mese di settembre 2021 al mese di agosto 2022, indicando nella perizia che “ Si può accettare un'inabilità lavorativa per reazione ansioso depressiva dal mese di settembre 2021 fino al mese di agosto 2022 ”. Il perito, come spiegato nella presa di posizione del 1° marzo 2024, ha definito la capacità lavorativa medico-teorica sulla base dei dati complessivi e di tutti i segni medici osservati allo stato stazionario. Infine, circa la mancata trascrizione dell'intero colloquio avuto con l'interessato, il dr. med. _____ rileva correttamente di non poter riportare per esteso ogni e qualsiasi osservazione della persona assicurata, ma di aver comunque riferito i dati soggettivi del ricorrente, comprese le sue lamentele e le preoccupazioni ansiose, indicate nel ricorso (pag. 229 incarto AI: “ [...] L'assicurato dice di sentire, nonostante le cure, molta ansia. Le cause sarebbero le preoccupazioni familiari (economiche, problemi dei genitori, tensioni con l'ex compagna, paura che venga compromesso il rapporto con la figlia, situazione lavorativa con lunga assenza per malattia). Afferma di aver sempre male alla pancia e di far fatica a urinare, a causa dello stress. Dichiarò di essere tanto stanco. Si impegnerebbe nella giornata a tenere il giardino, cucinare e leggere, ma la stanchezza sarebbe forte e le preoccupazioni in testa sarebbero stanche. Con il Ciprex le emozioni sarebbero più stabili, ma il tono dell'umore viene definito basso; talvolta gli capiterebbe di piangere, soprattutto alla sera, quando percepirebbe maggiore tristezza. Il periziando dice che camuffa il suo stato d'animo quando è con la figlia, con la quale vi sarebbe un ottimo rapporto. Spera di riuscire a sentirsi meglio per occuparsi sempre, in maniera adeguata, di propria figlia e dei suoi bisogni” e pag. 231 incarto AI: “ [...] L'assicurato si aspetta di risolvere progressivamente i suoi problemi, di stare meglio e che con la sua ex compagna si appianino i conflitti. Spera di togliersi tutte queste angosce che percepisce, ma teme che se le porterà dietro a lungo. Dichiarò che non gli piacciono i posti affollati quando è da solo, in compagnia riuscirebbe a tollerarli meglio e spera di migliorare, perché quando ha sua figlia sta bene e nota che si rilassa e tutto diventa più bello”). Il perito ha aggiunto di non aver ravvisato disfunzione oggettive durante i colloqui (cfr. anche il già citato status AMDP) e pertanto le lamentele soggettive, comprese le preoccupazioni per gli eventi familiari e per la salute fisica, rientrano tra le reazioni transitorie emotive negative che normalmente affliggono tutte le persone sottoposte a intensi stress. Esse non vanno assimilate a una malattia mentale in senso stretto e dai colloqui effettuati risultava chiaro che l'interessato fosse abile al lavoro. I referti del curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 16 agosto 2023 (doc. A4), del 21 febbraio 2024 (doc. A3) e dell'8 aprile 2024 (doc. VIII/B), non sono atti a sovvertire le convincenti e motivate conclusioni peritali. Per quanto concerne il rapporto medico 21 febbraio 2024, il perito, ammette che l'insorgente ha una struttura di personalità disturbata, tant'è che aveva indicato, nel suo referto, la presenza di tratti di personalità disfunzionali, con propensione alla diffidenza e alle continue rivendicazioni nei contesti interpersonali (cfr. pag. 232 incarto AI, status AMDP), rilevando tuttavia che in precedenza neppure il medico curante aveva posto una tale diagnosi. Del resto, non va dimenticato che secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è tanto importante la diagnosi quanto le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto

delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Per il resto, il certificato si esaurisce nella descrizione di una situazione già nota (problemi caratteriali e disturbi del ricorrente che hanno sempre reso molto difficile l'interazione con i colleghi di lavoro e particolarmente con i superiori, _____ che aveva sollecitato l'interessato a trovare un'occupazione idonea, ricorrente che ha dovuto affrontare diverse dinamiche in relazione con la separazione dalla compagna ed ai litigi sull'affidamento della figlia) con l'indicazione di non comprendere le conclusioni del perito in merito alla data della cessazione dell'incapacità lavorativa, di cui si è già detto in precedenza. Non è di maggior aiuto all'insorgente la presa di posizione del 16 agosto 2023 del medesimo curante all'indirizzo _____ (doc. A4). Anche in questo referto il dr. med. _____ riporta questioni già conosciute, tenute in considerazione dal perito e discusse in precedenza (il ricorrente è seguito per un burn out su una sindrome ansiosa generalizzata che ha creato numerose problematiche lavorative per le quali è inabile al lavoro, difficoltà sentimentali con separazione dalla compagna da cui ha avuto una figlia nel 2015) o cita la presenza di altre patologie di cui ha già tenuto conto il medico SMR, dr.ssa med. _____ nelle sue valutazioni (recidiva di un tumore a livello vescicale, problemi urologici) e di cui si dirà in seguito. Infine, il referto dell'8 aprile 2024 si esaurisce nella conferma della diagnosi di disturbo d'ansia su un disturbo di personalità disturbata F43.22 e F60.8 e dell'attestazione di totale incapacità lavorativa, senza tuttavia apportare elementi medici oggettivi atti a scalfire la valutazione contenuta nella perizia amministrativa, avendo il dr. med. _____ dettagliatamente spiegato i motivi alla base delle sue conclusioni. A questo proposito va ugualmente ricordato 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 (cfr. STF 9C_178/2024 del 28 marzo 2024, con rinvio alla STF 9C_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 6.3; STF 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; sulla prudenza dell'opinione del medico curante a causa dei particolari legami che ha con il paziente: DTF 125 V 351 consid. 3b/cc; STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023 consid. 3.3.2). Inoltre, relativamente alla diversa valutazione della capacità lavorativa dei curanti, essa è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti: a scopo di trattamento piuttosto che di perizia (cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]), Va infine ancora evidenziato che nell'ambito della sua valutazione il dr. med. _____ ha anche preso in considerazione quanto accertato dal medico _____, dr.ssa med. _____ (cfr. pag. 225-226 incarto AI e IV/1) e da cui non emergono elementi per mettere in discussione le conclusioni del perito (cfr. pag. 374 e seguenti incarto AI). Non vi sono pertanto indizi concreti che mettano in dubbio l'affidabilità della perizia bidisciplinare ordinata dall'UAI. Quanto alla circostanza che i periti non avrebbero tenuto conto di tutte le patologie di cui è affetto l'insorgente, segnatamente la problematica oncologica ed urologica che ha necessitato un intervento nel mese di agosto 2022, ciò che renderebbe

impossibile una ripresa dell'attività dal mese di settembre 2022, va evidenziato che tali patologie, unitamente a tutte le malattie di cui è affetto il ricorrente, non erano di loro competenza e che esse sono state valutate dal medico SMR, dr.ssa med. _____, sulla base degli atti medici prodotti dall'interessato. A questo 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. I servizi interni dell'SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. L'SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Una valutazione sulla base dei soli atti medici ("Aktengutachten") senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se, come nel caso di specie, si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). In concreto, dalla documentazione agli atti emerge che l'interessato per l'intervento urologico è stato degente dal 25 agosto 2022 al 28 agosto 2022 e i medici che hanno operato l'assicurato, il 14 settembre 2022, lo hanno giudicato incapace al lavoro al 100% dal 25 agosto 2022 a domenica 4 settembre 2022 (pag. 138-139 AI), ma non hanno rilevato la presenza di alcun tumore (cfr. pag. 122 incarto AI, referto del dr. med. _____). Ne segue che la conclusione del medico SMR, dr.ssa med. _____ va leggermente modificata nel senso che la completa incapacità lavorativa decorre dal 16 settembre 2021 fino al 4 settembre 2022 (e non fino a fine agosto 2022), mentre dal 5 settembre 2022 l'assicurato è capace al lavoro al 90% nella precedente attività e al 100% in attività leggere. Ciò tuttavia non modifica l'esito del ricorso, ritenuto che in ogni caso il periodo di attesa di un anno corrisponde a 365 giorni (marginale 2216 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità; CIRAI) e scadrebbe comunque dopo il 4 settembre 2022 (per il calcolo cfr. anche Allegato II CIRAI). Rilevato che l'insorgente, per il resto, non contesta il calcolo del grado d'invalidità (6%; l'assicurato del resto è abile al 90% nella precedente attività), la decisione impugnata merita conferma.

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