

## **TI\_GERICHTE 32.2025.1 vom 19. November 2024**

TI Tribunale d'appello, 2024-11-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2025.1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.1)

FR: TI\_GERICHTE 32.2025.1 du 19 novembre 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2025.1 del 19 novembre 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

febbraio 2025 (doc. XII), il ricorrente ha affermato che nei fatti l'Ufficio AI non sarebbe entrato nel merito della domanda di prestazioni, come emergerebbe dalle osservazioni dell'UAI del 24 febbraio 2025 e dalle affermazioni del medico SMR. L'UAI avrebbe dovuto entrare nel merito della domanda e dare avvio perlomeno ad una procedura di rilevamento tempestivo. La censura del ricorrente, per i motivi che seguono, va respinta. Qualora una prima domanda di rendita AI è stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (cfr. art. 87 cpv. 2 e 3 OAI). Scopo di questo requisito è impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012; DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Se non vi è stata una modifica rilevante, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pp. 84ss). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 p. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15; DTF 117 V 198). In DTF 130 V 64, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non è applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente domanda di revisione) l'assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione, quest'ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (DTF 130 V 69 consid. 5.2.5). Nel caso di specie l'Ufficio AI è entrato nel merito della domanda presentata dal ricorrente, che corrisponde pure alla prima richiesta da lui inoltrata. Tant'è che ha acquisito l'incarto dell'assicuratore malattie comprensivo degli accertamenti

ivi effettuati, tra cui il referto del 14 novembre 2023 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, con i successivi complementi del 13 marzo 2024 e del 2 agosto 2024. Dopo aver sottoposto gli accertamenti effettuati al medico SMR, ha stabilito che l'insorgente è stato inabile al lavoro unicamente dal 1° settembre 2023 al 7 gennaio 2024. Poiché l'interessato è stato inabile al lavoro meno di un anno, l'Ufficio AI non ha ritenuto adempiuti i presupposti dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI ed ha respinto la richiesta di rendita AI. Inoltre, accertato che l'insorgente è nuovamente reintegrabile nella precedente attività, ha respinto anche il riconoscimento di provvedimenti professionali. L'amministrazione ha di conseguenza svolto correttamente la procedura ed è entrata nel merito della domanda, respingendola.

2.4. 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. 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'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). 2.5. 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. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale

federale ha 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). 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. Infine, nella STF 8C\_104/2024 del 22 ottobre 2024, destinata a pubblicazione, l'Alta Corte ha modificato la prassi vigente per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di obesità (forte sovrappeso). Secondo la vecchia giurisprudenza – basata sul convincimento che l'obesità potesse essere superata con la sola forza di volontà – il diritto ad una rendita d'invalidità era di principio escluso se l'obesità era trattabile, a meno che l'obesità fosse causa di seri danni alla salute o se insorgeva quale loro conseguenza. Con la recente pronunzia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per considerare l'obesità in modo diverso dalle altre affezioni e che il solo fatto che essa possa in linea di principio essere trattata non esclude il diritto ad una rendita. Conseguentemente, la Massima Istanza ha sancito che anche l'accertamento del diritto ad una rendita in caso di obesità va effettuato tenuto conto del singolo caso e nel quadro di una procedura probatoria strutturata che determini in che misura l'affezione influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di ridurre il danno (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 2024). 2.6. In concreto l'insorgente contesta l'utilizzo da parte dell'Ufficio AI del referto del 14 novembre 2023 allestito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, poiché si tratta di un rapporto medico richiesto da un assicuratore malattie privato nell'ambito della domanda di indennità giornaliera per la perdita di guadagno rette dal diritto privato. Vi sarebbe una violazione del principio inquisitorio di cui all'art. 43 LPGa, poiché l'UAI non avrebbe effettuato alcun accertamento autonomo e non avrebbe accertato autonomamente i fatti. Il referto non avrebbe alcun valore probatorio e non assume alcuna valenza neutrale. Secondo il ricorrente tale prova è inoltre stata assunta senza alcun rispetto dei diritti dell'assicurato, ossia in violazione dei diritti costituzionali (art.

## **E. 29**

Cost. fed. e 6 CEDU) e dei principi sanciti dalla LPGa (in particolare art. 44), senza alcuna partecipazione alla prova ed in spregio al suo diritto di essere sentito. La giurisprudenza, in

caso di patologia psichiatrica, prevede inoltre l'allestimento di una procedura probatoria strutturata. Le censure dell'insorgente vanno respinte. In una sentenza 9C\_452/2023 del 24 gennaio 2024 il Tribunale federale ha dovuto esaminare il ricorso di un'assicurata che contestava l'utilizzo, da parte dell'Ufficio AI e del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Berna di una perizia allestita da un assicuratore malattie privato nell'ambito del diritto privato (LCA) e sosteneva che in applicazione del principio inquisitorio di cui agli art. 43 cpv. 1 LPGA e 61 lett. c LPGA non avrebbero potuto far capo a tale referto ( " Zum einen macht die Beschwerdeführerin auch letztinstanzlich geltend, Beschwerdegegnerin und kantonales Gericht hätten im Rahmen ihrer Abklärungs- und Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 respektive Art. 61 lit. c ATSG nicht auf das vom Krankentaggeldversicherer auf privatrechtlicher Grundlage nach VVG eingeholte Gutachten der SMAB AG abstellen dürfen " ). Il Tribunale federale, al consid. 5.2.1., ha affermato che una perizia allestita per conto di un assicuratore malattie senza seguire la procedura di cui all'art. 44 LPGA non ne inficia il suo valore probatorio ( " Dem ist mit der Vorinstanz entgegenzuhalten, dass der Umstand, wonach ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers - und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG (vgl. dazu BGE 141 V 330 E. 3.2; 137 V 210 E. 3.4.2.9) - erstellt wurde, praxisgemäss nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung spricht " ). Non esiste una necessità di valutazione medica obbligatoria ai sensi dell'art. 44 LPGA ( " Einer zwingenden medizinischen Beurteilung nach den Grundsätzen von Art. 44 ATSG , wie von der Beschwerdeführerin moniert, bedarf es daher nicht " ). Tuttavia la valutazione delle prove è soggetta a requisiti rigorosi. Se sussistono anche solo minimi dubbi circa l'affidabilità e la validità di una tale perizia occorre procedere con degli accertamenti supplementari, come per i rapporti interni dei medici alle dipendenze di un assicuratore ( " Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind, wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen " ). Una perizia allestita per conto di un assicuratore malattie privato non dispone pertanto della medesima forza probatoria di una perizia giudiziaria o di una perizia eseguita nell'ambito della procedura di cui all'art. 44 LPGA ( " Einem "Fremdgutachten" kommt somit nicht von vornherein dieselbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Expertise unabhängiger Sachverständiger (Urteile 9C\_89/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.2, 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.2, je mit Hinweisen) " ). Al consid. 5.2.2. l'Alta Corte ha esaminato il caso concreto. Il Tribunale federale ha affermato, in merito ai diritti di partecipazione di cui all'art. 44 LPGA, che la ricorrente sia dopo il progetto di decisione, che in sede di ricorso, ha avuto sufficienti opportunità per prendere posizione sul referto dell'assicuratore malattie. Tuttavia non ha sollevato motivi di ricusa nei confronti dei periti, né ha posto ulteriori quesiti ai quali avrebbero dovuto rispondere gli specialisti. Per il Tribunale federale, neppure il fatto che il referto psichiatrico non conteneva indicazioni scritte dettagliate sui test effettuati poteva inficiarne il valore probatorio ( " In Bezug auf die angerufenen - nach dem Ausgeführten gerade nicht unmittelbar anwendbaren - Gehörs- und Partizipationsrechte gemäss Art. 44 ATSG ist sodann darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin sowohl im Vorbescheid- als auch im kantonalen Beschwerdeverfahren ausreichend Gelegenheit hatte, sich zum betreffenden PMEDA-Gutachten zu äussern. Weder formulierte sie jedoch konkrete Ergänzungsfragen, welche den Experten ihrer Ansicht nach hätten gestellt werden müssen, noch trug sie im Einzelnen personenbezogene Einwände gegen die Gutachter vor.

Ebenso wenig spricht in diesem Zusammenhang gegen die Beweistauglichkeit der gutachtlichen Erläuterungen, dass diesen, namentlich den psychiatrischen Ausführungen, keine detaillierten schriftlichen Aufzeichnungen über die Ergebnisse der durchgeführten Tests beigelegt wurden. Wie im angefochtenen Urteil unter Hinweis auf die Rechtsprechung (vgl. u.a. Urteil 8C\_292/2022 vom 9. Februar 2023 E. 5.2) zutreffend erwogen wurde, besteht grundsätzlich kein entsprechender Anspruch. Gründe, dass dennoch Einsicht in die diesbezüglichen Unterlagen hätte gewährt werden sollen, sind weder erkennbar noch rechtsgenügend dargetan (vgl. auch E. 6.2.1 hiernach). Gleiches gilt in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin monierten Tonaufnahmen. Der per 1. Januar 2022 neu in Kraft gesetzte Art. 44 Abs. 6 ATSG, wonach die Interviews zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen in Form von Tonaufnahmen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen werden, sofern die versicherte Person es nicht anders bestimmt, findet einzig auf nach dieser Bestimmung verfasste Expertisen Anwendung.“). Il Tribunale federale ha confermato, al consid. 5.3, il valore probatorio della perizia e del suo complemento (“Es sprechen mithin keine formellen Aspekte gegen die Beweiskraft des Gutachtens der SMAB AG vom 3. Oktober 2022 (samt Ergänzung vom 15. November 2022)”) ed al consid. 6 ha esaminato nel dettaglio le critiche al referto, respingendo infine il ricorso. Tornando al caso di specie, accertato che l’insorgente non ha sollevato alcun motivo di ricusa nei confronti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, nè ha indicato eventuali quesiti supplementari da sottoporle, malgrado ne avesse avuto la possibilità sia in sede amministrativa che in sede ricorsuale, va esaminato se le critiche sollevate nei confronti del referto del 14 novembre 2023 possono sollevare anche solo un minimo dubbio circa il valore probatorio delle valutazioni della psychiatra. 2.7. Questo Tribunale, alla luce della documentazione medica agli atti, per i motivi che seguono, deve confermare le conclusioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, secondo le quali il ricorrente, inabile al lavoro dal 1° settembre 2023 in maniera completa e dall’8 dicembre 2023 in misura del 50%, dall’8 gennaio 2024 è completamente abile al lavoro in qualsiasi attività, compresa quella precedentemente svolta. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l’insorgente il 7 novembre 2023, ha redatto il referto del 14 novembre 2023 dove, descritta la situazione attuale, l’anamnesi familiare, fisiologica, scolastica, lavorativa e sociale, somatica e psichiatrica, elencato i disturbi soggettivi (apatia, abulia, astenia, episodica ansia, difficoltà a concentrarsi, tendenza all’evitamento dei contatti sociali, insonnia tardiva), e illustrato l’esame clinico secondo AMDP System, ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva ICD 10 F43.22. La psychiatra ha affermato che dal lato medico psichiatrico l’inabilità lavorativa certificata al 100% è giustificata sulla base dei deficit psichici e funzionali rilevati al Mini ICF-APP che incidono sulla funzionalità anche in ambito lavorativo. La specialista, “vista l’assenza di co-morbidità psichiatriche antecedenti, il miglioramento in corso e la mantenuta progettualità di recupero del ruolo lavorativo” ha ritenuto possibile “con l’aumento della terapia SSRI ben sopportata (Citalopram da 20 a 40 mg) assistere nelle prossime 4 settimane ad un miglioramento clinico dei deficit funzionali rilevati con recupero del ruolo lavorativo al 50% dal 08.12.2023 ed al 100% dal 08.01.2024 sia nell’attuale attività lavorativa che in ogni altra attività lavorativa conforme alle sue competenze” (doc. 75). A tale referto va attribuita piena valenza probatoria. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si è infatti fondata su esami completi, ha considerato le lagnanze espresse dall’assicurato, ha approntato il rapporto medico in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), la descrizione del contesto medico è chiara e le conclusioni sono ben motivate. La psychiatra ha spiegato

nel dettaglio i motivi della sua valutazione, fondandosi segnatamente su elementi oggettivi, quali la valutazione AMDP System ed il test Mini ICF-APP (cfr., su questo aspetto, la STF 8C\_320/2023 dell'11 aprile 2024, al consid. 5.1, con rinvio alla STF 8C\_398/2014, consid. 4.3.2, pubblicata in SVR 2015 IV n. 10: “ [...] Die Untersuchung gestützt auf die ICF-APP (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit praxisgemäss herangezogen werden darf (SVR 2015 IV Nr. 10 S. 27, 8C\_398/2014 E. 4.3.2), ergab keinerlei Auffälligkeiten [...] ”).

Ella ha poi indicato le ragioni (assenza di comorbidità psichiatriche antecedenti, miglioramento in corso, mantenuta progettualità di recupero del ruolo lavorativo) per le quali con l'aumento della terapia SSRI è possibile nelle 4 settimane un miglioramento clinico e dei deficit funzionali e un recupero del ruolo lavorativo dapprima al 50% dall'8 dicembre 2023 e poi in maniera totale dall'8 gennaio 2024. L'insorgente ha contestato la ripresa della sua capacità lavorativa producendo, all'assicuratore malattie, un referto del 5 febbraio 2024, dove i medici curanti della \_\_\_\_\_ presso i quali si reca per le cure psichiatriche in ragione della lingua (\_\_\_\_\_), dr.ssa med. \_\_\_\_\_ FMH psichiatria e psicoterapia e dr. \_\_\_\_\_, psicologo clinico e supervisore, attivi presso il “ \_\_\_\_\_, hanno posto la diagnosi di disturbo da stress post traumatico (ICD 10 F43.1), sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (F33.1), stato dopo infarto per embolia delle arterie centrali 2012, sindrome cervico brachiale, lombosciatalgia, gonartrosi ed hanno attestato una completa incapacità lavorativa (doc. 93). Essi hanno affermato che dal 2006 l'assicurato è affetto da fasi depressive per una complessa relazione con la sua ex-moglie e difficoltà nel matrimonio. Sono presenti tristezza, ritiro, svogliatezza, disturbi del sonno, appetito diverso, difficoltà di concentrazione, dimenticanze, esaurimento. Nessuna idea di suicidio. Per i curanti non vi è stato nessun miglioramento dello stato di salute, il ricorrente è svogliato e resta a letto tutto il giorno. Citalopram e Quetiapina non sono stati in grado finora di ridurre la depressione. Questo referto, il cui contenuto è in gran parte simile a quello dell'8 novembre 2024, prodotto all'Ufficio AI dopo l'emissione del progetto di decisione (cfr. doc. 36 e doc. 93) e a quello del 3 agosto 2023 quando l'interessato era completamente abile al lavoro ( cfr. doc. 45: “ der Pat. ist 100% arbeitsfähig ” ), con la sola differenza relativa alla somministrazione dei medicinali (in particolare Laitea in luogo di Quetiapina e l'aggiunta di Trimipramin), non è atto ad ingenerare il benché minimo dubbio nelle conclusioni che aveva tratto la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel suo referto del 14 novembre 2023. La psichiatra, nel complemento del 13 marzo 2024, ha infatti a ragione affermato che le diagnosi psichiatriche poste dai curanti “ non trovano alcun riscontro oggettivo secondo l'anamnesi da me raccolta direttamente all'assicurato, alla presenza dell'interprete di \_\_\_\_\_ ”. La specialista ha spiegato che non può essere ritenuta la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente “ tanto più che la psichiatra curante e la psicologa non specificano di quanti episodi antecedenti l'assicurato abbia sviluppato, di che durata, di che gravità e di quali trattamenti specialistici abbia beneficiato e dove.” A questo proposito il TCA evidenzia che l'insorgente durante la visita aveva effettivamente affermato “ di non aver beneficiato di cure psichiatriche o psicologiche durante l'infanzia, l'adolescenza, la vita adulta sino a settembre u.s ” (doc. 75, pag. 3 del referto). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha poi affermato che “ Parimenti la diagnosi di PTSD non può essere ritenuta in quanto dall'anamnesi da me raccolta e dai disturbi soggettivi riferiti dall'assicurato non sono presenti i criteri necessari per porre tale diagnosi. Si prende atto dell'aumentata terapia con SSRI. Nel rapporto [la] psichiatra curante si limita in maniera lapidaria a giustificare un'inabilità lavorativa al 100% fino a giugno 2024 senza

riportare né l'esame psichico attuale né i deficit psichici e funzionali che eventualmente avrebbero rilevato inficanti la capacità lavorativa dell'assicurato ." La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha concluso che sulla base di tale rapporto non vi sono elementi medici oggettivi che possano confutare la sua valutazione (doc. 96). Questo Tribunale evidenzia che effettivamente i curanti non hanno apportato alcun elemento medico oggettivo atto ad insinuare dei dubbi su quanto accertato personalmente dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ in occasione della sua visita e della possibilità per il ricorrente di migliorare la sua capacità lavorativa in seguito all'incremento della terapia con SSRI. I curanti si sono limitati a descrivere i sintomi soggettivi riportati dal loro paziente (tristezza, ritiro, svogliatezza, disturbi del sonno, appetito diverso, difficoltà di concentrazione, dimenticanze, esaurimento [doc. 93] oltre a nervosismo, paura di parlare con altre persone [doc. 37]), senza tuttavia oggettivare la loro valutazione tramite esami fattuali come ad esempio la valutazione dello stato psichico secondo AMDP System e dei limiti funzionali secondo il test Mini ICF-APP. Per il resto il ricorrente si è poi limitato a produrre generiche attestazioni dei curanti relative ad una continua e completa incapacità lavorativa (cfr. ad esempio doc. 106) che tuttavia, come rileva correttamente anche la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel complemento del 2 agosto 2024, non apportano alcun elemento medico atto a modificare le sue conclusioni, trattandosi solo di certificazioni di inabilità lavorativa non riportanti né lo stato psichico, né la diagnosi secondo l'ICD 10, né i deficit funzionali eventualmente impattanti sulla funzionalità anche in campo lavorativo (doc. 108). Come sottolineato anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, neppure con l'ultimo referto dell'8 novembre 2024 è stato oggettivato uno stato clinico/funzionale differente da quanto indicato in precedenza e non vengono poste nuove diagnosi o esami clinici e/o strumentali che possono indicare una condizione di ripresa della patologia psichiatrica (cfr. doc. 37). Ulteriore documentazione medica in ambito psichiatrico non è stata prodotta nelle more processuali, se non la generica e scarna attestazione della completa incapacità lavorativa del ricorrente, senza tuttavia alcun elemento medico oggettivo (cfr. doc. B1) atto a sollevare dei dubbi, seppure minimi, in merito alle convincenti conclusioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Infine, per quanto concerne il referto del 26 marzo 2025 del "\_\_\_\_\_" relativo ad una polisonnografia effettuata il 25 e 26 marzo 2025, dalla quale è emersa una sindrome delle apnee notturne, ostruttive, con profonde desaturazioni, situazione non-dipper della pressione arteriosa e forte sonnolenza diurna (ESS 17/24), che mette in discussione la capacità di lavorare e di guidare (doc. XIV/1), va rilevato che di principio non può essere preso in considerazione poiché è la data della decisione impugnata (in concreto il 19 novembre 2024) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pagg. 411; STF 8C\_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C\_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C\_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. Ora, nella richiesta di prestazioni l'assicurato aveva indicato il solo "\_\_\_\_\_" di \_\_\_\_\_ nella lista dei medici curanti e questi ultimi, interpellati dall'Ufficio AI per accertare le patologie di cui è affetto l'insorgente, non hanno posto la sindrome delle apnee notturne tra le diagnosi (cfr. doc. 36 [referto dell'8 novembre 2024] e doc. 93 [referto del 5 febbraio 2024]; cfr. anche doc. 45). Per cui quest'ultima patologia è stata oggettivata solo dopo l'emissione della decisione impugnata. In ogni caso, gli specialisti, non si esprimono in merito ad un'eventuale inabilità del ricorrente, limitandosi ad affermare che la patologia potrebbe mettere in discussione la capacità lavorativa (" Im Vordergrund steht das

ausgeprägte obstruktive Schlaf-Apnoe Syndrom [...] die eine Arbeitsfähigkeit und Fahrtauglichkeit in Frage stellt”) ed a consigliare una riduzione del peso ed una cura con APAP, ossia una macchina per utilizzare una pressione positiva automatica delle vie aeree durante il sonno (cfr. doc. XVI/1). Come evidenziato dal medico SMR nell’annotazione del 31 marzo 2025, il sistema di ventilazione notturna permette una migliore qualità del sonno con minore stanchezza quotidiana e, se utilizzato in maniera corretta e regolarmente, anche un buon recupero delle attività quotidiane. La nuova documentazione non modifica tuttavia la valutazione della capacità lavorativa del ricorrente. A proposito del medico SMR il TCA ricorda 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). U na 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 non vi è pertanto stata alcuna violazione da parte dell’Ufficio AI del principio inquisitorio (art. 43 LPG). A questo proposito, in DTF 145 V 90, al consid. 3.2 il Tribunale federale ha ribadito che nell’ambito delle assicurazioni sociali la procedura è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti devono essere accertati d’ufficio dall’autorità (art. 43 LPG). Tuttavia, questa regola non è assoluta. La sua portata è limitata dall’obbligo delle parti di collaborare. Ciò implica l’obbligo per la parte di produrre, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto, le prove atte a comprovare i fatti invocati, ritenuto che in caso contrario l’assicurato deve sopportare le conseguenze dell’assenza di prove. Nella fattispecie l’insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medica atta ad insinuare un minimo dubbio in merito a quanto accertato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dal medico SMR. In queste condizioni non vi è alcun motivo per procedere con ulteriori accertamenti e segnatamente con l’allestimento di una

perizia come auspicato dal ricorrente. 2.8. Infine, va respinta anche la censura secondo cui nel caso di specie il miglioramento dello stato di salute avrebbe dovuto essere esaminato alla stregua di un motivo di revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA ed andrebbero di conseguenza applicati i principi che reggono tale istituto. In concreto infatti il miglioramento dello stato di salute è avvenuto prima che sorgesse un qualsiasi diritto ad una rendita, non essendo l'assicurato stato incapace al lavoro almeno al 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). Ne segue che l'art. 17 LPGGA, che prevede che per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita: a. subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali; o b. aumenta al 100 per cento (cpv. 1) e che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione (cpv. 2), non trova applicazione. Questo TCA deve pertanto concludere che l'insorgente, inabile al lavoro dal 1° settembre 2023 dapprima al 100% poi dall'8 dicembre 2023 al 50% e completamente abile al lavoro in qualsiasi attività dall'8 gennaio 2024 non ha diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), né a provvedimenti professionali, potendo riprendere la sua attività in maniera completa (cfr. anche STF 8C\_689/2015 del 15 gennaio 2016: DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STF 9C\_511/2015 del 15 ottobre 2015). 2.9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata deve essere confermata. 2.10. 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 del ricorrente.

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