

## **TI\_GERICHTE 32.2025.20 vom 10. Februar 2025**

TI Tribunale d'appello, 2025-02-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2025.20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.20)

FR: TI\_GERICHTE 32.2025.20 du 10 février 2025

IT: TI\_GERICHTE 32.2025.20 del 10 febbraio 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

dell'art. 87 OAI (corrispondenti ai capoversi cpv. 3 e 4 in vigore sino al 31 dicembre 2011) è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento. Non è necessario portare la prova piena per convincere l'amministrazione che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato. È sufficiente che in tal senso vi siano indizi per una simile modifica, anche se permane la possibilità che un'analisi approfondita dimostri che questo cambiamento in realtà non è subentrato (STF 9C\_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2; STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3; STF 9C\_688/2007 del 22 gennaio 2008; SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1c/aa). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI del rilevante cambiamento; quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (DTF 109 V 114 consid. 2b, 123 consid. 3b e 264 consid. 3; STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3.1; STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.3.; v. anche SVR 2003 IV n. 25 p. 76). 2.4. Per costante giurisprudenza (STF 8C\_901/2013 del 27 febbraio 2014 consid. 3.1.; STF 8C\_457/2012 del 9 luglio 2012 consid. 3.1.; STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006 consid. 2.2.1.; DTF 130 V 64 consid. 5.2.5.) nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, l'assicurato deve rendere verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, in alternativa deve fare riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica. In questo secondo caso l'amministrazione deve impartire all'assicurato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda. Se, per contro, nella nuova domanda l'assicurato non ha neppure fatto riferimento a tali nuovi mezzi di prova, l'Ufficio AI può determinarsi sulla (non) entrata in materia basandosi sulla documentazione agli atti. Nelle citate pronunzie, la nostra Alta Corte ha ribadito che l'intervallo da considerare per la valutazione della modifica rilevante è quello tra l'ultima valutazione materiale del diritto alla rendita e l'emanazione della decisione impugnata, lasciando intendere che la documentazione prodotta con le osservazioni al preavviso deve essere considerata dall'amministrazione. Inoltre, atti prodotti (esclusivamente) in sede di ricorso sono invece, di massima, tardivi e da considerare, se del caso, nell'ambito di una nuova domanda (STF 8C\_901/2013 consid. 3.3.2.; STF 8C\_457/2012 consid. 3.1. e seg.; STFA I 734/05 consid. 2.2.2. e 3.2.; DTF 130 V 64 consid. 3. e 6.1.; STCA 32.2020.77 del 9 novembre 2020 consid. 2.4. e seg.; Sentenza 720 14 172 / 202 del 21 agosto 2014 della Sezione di diritto delle assicurazioni sociali del Tribunale cantonale di Basilea Campagna consid. 3.1 e seg.). 2.5. Nella fattispecie in esame, l'insorgente si prevale del certificato del

29 novembre 2024 e del rapporto del 20 gennaio 2025 della dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 1.4.) nonché del rapporto dell'8 aprile 2025 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 1.7.) a comprova di una asserita modifica rilevante dello stato di salute. 2.5.1. Orbene, il certificato medico del 29 novembre 2024 si esaurisce in una attestazione di un'incapacità lavorativa dell'80% dal 29 novembre 2024 al 6 gennaio 2025 con l'indicazione " Il paziente si trova in condizioni di salute migliorate e sarebbe propenso ad un rientro nel mondo del lavoro [con, n.d.r.] una percentuale iniziale del 20% con un progressivo aumento secondo decorso ". Di tutta evidenza, lo scarso ed oltremodo generico certificato della curante non permette di concludere alcunché, non essendo neppure indicata una diagnosi, rispettivamente quali ulteriori esami sono stati effettuati. Invitato dall'Ufficio AI ad inviare un rapporto medico dettagliato, l'assicurato ha inviato il rapporto del 20 gennaio 2025 della curante avente il seguente tenore (sottolineature del redattore): " [...] Si tratta di un ragazzo 30enne, laureato in ingegneria chimica, che durante la sua prima esperienza lavorativa [...] si ammalava per la prima volta con un decorso non grave, ma che sviluppava una sintomatologia compatibile con long-covid per cui veniva agganciato all' ambulatorio di long-covid [...] che però concludeva dopo alcuni mesi la presa a carico senza ulteriori proposte . [...] conoscevo il ragazzo da 08.2023 per presa a carico come medico di famiglia. Durante le visite e colloqui il paziente ha riferito diversi disturbi soprattutto riguardo la sfera del sonno (insonnia, risvegli frequenti, sonnolenza diurna) che abbiamo approfondito con valutazioni della medicina del sonno, disturbi riguardanti la sfera polmonare e dolori ricorrenti, disturbi di concentrazione e attenzione per cui è stato deciso di agganciare il paziente all'ergoterapia, attualmente terminata, ed organizzare una valutazione neuropsicologica . Inoltre ho proposto un aggancio psichiatrico e psicoterapico (Psichiatra: Dr. \_\_\_\_\_ [...]). Una visita presso una specialista in medicina psicosomatica non è invece risultata conclusiva . Ho rivisto l'ultima volta il paziente in consultazione il 29.11.2024 e come sintomatologia attuale [...] lamenta "nebbia mentale", difficoltà a concentrarsi, fatigue, fatica respiratoria, disturbi del sonno, scosse in tutto il corpo, dolori diffusi. Eventualmente ritengo possibile valutare un'attività lavorativa al 20%, possibilmente spalmato in più giorni (es. 2 ore al giorno)." Va innanzitutto evidenziato come nel surriferito rapporto la curante si è limitata per lo più a riportare la sintomatologia riferitagli dal ricorrente, prendendola per fedefacente nonostante un mancato riscontro oggettivo. Per il resto, il rapporto della curante si esaurisce in una riproposizione del suo rapporto del

## **E. 7**

febbraio 2024 con il quale aveva già indicato la sintomatologia riferitale dall'assicurato (sindrome di fatica cronica da long covid, nebbia cerebrale, disturbi respiratori lievi, difficoltà a concentrarsi, sospetto di un concomitante disturbo depressivo e psicosomatico con tratti di insonnia) e le terapie a cui era stato sottoposto, allegando diversa refertazione medica (cfr. docc. 11 e 21 incarto AI). Tali referti erano già stati valutati dal medico SMR nell'ambito della prima domanda di prestazioni, quest'ultimo avendo concluso che " Dalla lettura della documentazione presente all'incarto non emerge nessuna patologia certificata con influenza sulla capacità lavorativa " (doc. 31 incarto AI). Da qui la decisione di rifiuto di prestazioni del 27 agosto 2024, cresciuta incontestata in giudicato (cfr. supra consid. 1.3. in fine). È quindi a ragione che, esaminato il rapporto del 20 gennaio 2025 della dr.ssa \_\_\_\_\_, il medico SMR ha concluso che "[...] dalla documentazione presente all'incarto non emergono patologie codificabili ma solo un corollario di sintomi riferiti e non oggettivabili. In tal senso non è possibile procedere con entrata in materia " (doc. 53

incarto AI). 2.5.2. Con il ricorso e nelle more della procedura l'insorgente ha prodotto, oltre al rapporto del 20 gennaio 2024 della dr.ssa \_\_\_\_\_ di cui già si è detto (cfr. supra consid. 2.5.1.), il rapporto dell'8 aprile 2025 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 1.7.). Invano. Va qui ricordato che l'intervallo da considerare per la valutazione della modifica rilevante è quello tra l'ultima valutazione materiale del diritto alla rendita e l'emanazione della decisione impugnata e che gli atti prodotti (esclusivamente) in sede di ricorso sono invece, di massima, tardivi e da considerare, se del caso, nell'ambito di una nuova domanda (cfr. supra consid. 2.4. in fine). Ne consegue che, come rettamente rilevato dall'Ufficio AI (cfr. supra consid. 1.8.), il surriferito rapporto del curante psichiatra risulta tardivo e sarà da valutare nell'ambito di una nuova domanda. Stante quanto precede, secondo questo Giudice l'Ufficio AI a ragione non è entrato nel merito della domanda del ricorrente. Infatti, l'insorgente, chiamato a dimostrare in sede amministrativa che rispetto all'ultima decisione del 27 agosto 2024 vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una rilevante modifica della sua situazione valetudinaria con incidenza sulla capacità lavorativa. La documentazione medica prodotta successivamente alla decisione contestata va trasmessa all'Ufficio AI affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di prestazioni. 2.6. Come accennato (cfr. supra consid. 1.5.), l'insorgente ha chiesto l'esperimento di una perizia indipendente e la sua audizione. La situazione valetudinaria fino all'emanazione della decisione impugnata è da considerarsi sufficientemente chiarita (cfr. supra consid. 2.5.1.), ragione per cui questo Giudice rinuncia all'assunzione di ulteriori mezzi di prova. Va qui rammentato che conformemente, alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (STF 9C\_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 7; STF 8C\_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C\_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C\_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C\_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C\_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C\_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.7. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso, nella misura in cui ricevibile, va respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1fbis LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.