

TI_GERICHTE 32.2017.62 vom 26. Oktober 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-10-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.62

FR: TI_GERICHTE 32.2017.62 du 26 octobre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.62 del 26 ottobre 2017

Regeste

Negata l'attribuzione di rendita temporanea. Dalle perizie mediche psichiatriche è emerso un quadro diverso dalla realtà: lo sport praticato denotava solo lievi deficit funzionali, perciò fanno stato le conclusioni dell'SMR: la capacità lavorativa era migliorata e non permetteva d'attribuire una rendita

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione. Essa ha richiamato dall'assicuratore malattia, che si è assunto il caso di inabilità lavorativa dell'assicurato fino a settembre 2016, l'intera documentazione medica raccolta comprese le perizie psichiatriche che ha fatto esperire, ha debitamente interpellato i medici curanti dell'assicurato e ha sottoposto i loro referti al medico del Servizio Medico Regionale, il quale ha ritenuto necessario sottoporlo a una perizia specialistica in ambito psichiatrico. Le circostanze hanno poi portato alla necessità di effettuare, dopo solo alcuni mesi, una seconda valutazione psichiatrica, di decorso, che è stata affidata al precedente perito. La dr.ssa med. _____ ha quindi valutato di persona il ricorrente in più

occasioni e ciò anche alla luce di tutti i referti dei medici curanti e dei periti assicurativi che le sono stati messi a disposizione e che l'esperta ha minuziosamente esposto nel suo primo rapporto peritale del 29 febbraio 2016. Inoltre, la psichiatra nominata dall'Ufficio AI ha avuto modo di parlare con la moglie del ricorrente e con lo psichiatra curante sia in occasione della prima perizia sia della seconda. Nel gennaio 2016 la perita era giunta alla conclusione che a quel momento la capacità lavorativa dell'assicurato era solo del 20% a causa dei limiti nel rispetto delle regole, nell'organizzazione dei compiti, nella flessibilità, nel giudizio, nella persistenza, nell'assertività, nel contatto con gli altri, nell'integrazione nel gruppo, nelle relazioni intime e nelle attività spontanee. Il disturbo di personalità misto e l'episodio depressivo grave incidavano sulle funzioni esecutive, decisionali, programmatiche, consequenziali e previsionali, che a loro volta influivano sulle capacità consequenziali e incidavano anche sul funzionamento relazionale. La psichiatra era pervenuta a tale conclusione sulla base delle informazioni raccolte direttamente dall'assicurato durante la sua valutazione e da terzi (moglie e psichiatra curante), come pure dell'esame clinico dell'interessato e del test Mini ICF-APP. Tuttavia, d'avviso di questo Tribunale, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6; DTF 129 V 56 consid. 2.4), si deve ritenere che questa valutazione peritale sia stata fuorviata dalle informazioni errate fornite dal ricorrente rispettivamente dal non essere stato sincero. È infatti soltanto quando è stato appositamente interpellato al riguardo dalla perita durante la seconda valutazione del maggio 2016 che l'assicurato ha riconosciuto di avere partecipato e di partecipare al campionato di calcio seniori. Egli ha ammesso di non averlo detto durante la perizia del gennaio 2016 perché temeva che altrimenti non si credesse che aveva dei disturbi psichici. L'insorgente ha inoltre affermato di avere sempre praticato dello sport, eccetto quando non stava bene. Per quanto concerne il calcio, l'assicurato ha affermato che dopo le partite andava a mangiare la pizza con dei compagni di squadra e che giocare a calcio gli piace, tanto da avere sempre giocato a calcio; al limite, quando stava male, usciva dal campo con un cambio volante, che è ammesso dal regolamento per il campionato seniori, perciò poteva giocare anche solo un minuto e poi uscire dal campo se non si sentiva bene. Il 17 maggio 2016 l'assicurato ha dichiarato di avere ripreso a giocare le partite e gli allenamenti regolarmente, mentre una settimana dopo ha dichiarato di non avere giocato l'ultima partita perché non stava bene. È evidente che queste ammissioni cozzano con lo status che la dr.ssa med. _____ ha potuto accertare nel gennaio 2016 sulla scorta delle risposte date dall'assicurato. In effetti, la specialista aveva annotato perdita di interessi, demotivazione, mancanza di obiettivi, tendenza all'isolamento con evitamento delle situazioni sociali, difficoltà di attenzione e di concentrazione, assenza del desiderio di instaurare relazioni di amicizia (doc. 72 pag. 14). Il TCA rileva che le dichiarazioni del ricorrente hanno soprattutto sfalzato il test Mini ICF-APP utilizzato per la descrizione delle risorse e dei deficit. In particolare, va evidenziato che l'assicurato ha affermato di non avere difficoltà a capire le regole, ma a rispettare gli appuntamenti e gli impegni a causa del suo stato depressivo. Ciò contrasta, a non averne dubbio, con gli impegni fissi dei due allenamenti alla settimana e della partita di calcio, che forzatamente comportava anche delle trasferte nel Cantone. Nell'organizzazione dei compiti la perita ha giudicato che v'era un grado di disabilità grave. Tuttavia, non corrisponde alla realtà dei fatti la circostanza che gli impegni non venivano assolti per l'apatia e l'abulia e che l'assicurato aveva difficoltà ad assolvere gli impegni extra domestici da solo. Quanto all'assertività valutata con un grado di disabilità grave poiché l'interessato aveva indicato di avere difficoltà a esprimersi in

contesti sociali se non sostenuto, spinto e rassicurato, si scoraggiava facilmente e si sentiva insicuro e in pericolo, va rilevato che il fatto di giocare a calcio implica forzatamente, per definizione stessa, di dovere interagire con gli altri compagni trattandosi di un gioco di squadra, perciò è difficile credere che l'assicurato avesse delle difficoltà a esprimersi in contesti sociali. In merito ai contatti sociali, il grado di disabilità era stato ritenuto medio-grave alla luce delle dichiarazioni dell'interessato, il quale aveva detto di avere difficoltà a conversare con gli altri per la tendenza a ritirarsi in sé e ciò affievoliva ulteriormente i contatti con gli altri e causava difficoltà nel mantenere le relazioni e nel crearne delle nuove. Aveva affermato di preferire stare da solo e isolato, di non riuscire ad uscire di casa e a stare con gli altri. Non v'è dubbio che questo status contrasta manifestamente con l'affermazione del maggio 2016 secondo cui l'insorgente dopo le partite andava a mangiare la pizza con i compagni di squadra. Ma non solo. Anche alla verifica dell'integrazione dell'assicurato nel gruppo è stata riscontrata una disabilità grave, avendo egli indicato che c'era poco contatto emotivo ed interesse per gli altri, che si ritirava dalla partecipazione gruppale, restando invece incentrato su di sé ed essendo poco sensibile alle dinamiche di gruppo. Il TCA ribadisce che il calcio è uno sport di gruppo e quindi che tutte queste dichiarazioni non sono concludenti. Non corretta è altresì l'affermazione secondo cui l'assicurato non partecipava ad attività sportive a causa del suo stato depressivo e non praticava quindi alcun hobby. Essere membro di una squadra di calcio, partecipare a due allenamenti alla settimana e alla partita settimanale all'interno di un campionato ufficiale di calcio non corrisponde certo al quadro di sé stesso che l'interessato ha illustrato alla psichiatra. Non va inoltre dimenticato che dalla documentazione prodotta dall'Ufficio AI pendente causa è possibile concludere con certezza che era almeno dal settembre 2015 che il ricorrente praticava questo hobby e che ha partecipato praticamente a tutte le partite del campionato, per di più partendo sempre come titolare – tranne in una sola occasione (doc. IV/9) - e segnando a volte anche delle reti (docc. IV/10 e IV/11). Sull'arco di un'intera stagione – che si svolge da settembre a novembre e da aprile a giugno -, va qui rilevato che l'unica partita a cui l'assicurato non ha partecipato è quella che ha avuto luogo il giorno dopo il primo colloquio di valutazione peritale del 17 maggio 2016 (doc. IV/13). Non è invece vero, come egli ha indicato alla perita, che non aveva preso parte all'incontro antecedente la seconda visita del 24 maggio 2016, poiché dagli estratti della Federazione ticinese di calcio risulta per contro che era titolare nella partita serale del _____ maggio 2016 (doc. IV/14). Per quanto concerne i presunti problemi di concentrazione, di attenzione e di rispetto delle regole, il Tribunale segnala che all'inizio del campionato il ruolo in campo dell'assicurato era di difensore esterno sinistro, poi è stato a lungo centrocampista interno sinistro, mentre da fine aprile 2016 ha giocato per un paio di partite come prima punta sinistra e infine gli ultimi due incontri ha assunto il ruolo di centrocampista esterno sinistro. Questo continuo cambio di ruoli sta a significare, per ciò che attiene alla problematica qui in discussione, che il ricorrente era comunque in grado di modificare i propri incarichi in campo, di assumere nuovi ruoli e nuovi incarichi, quindi doveva essere concentrato e rispettare le regole sulla posizione in campo, oltre che a seguire le indicazioni di gioco che gli dava l'allenatore. Interpellato nel maggio 2016 in merito a questo suo hobby, il ricorrente ha sminuito questa circostanza, affermando che un conto era giocare a calcio, un altro conto essere in grado di svolgere un'attività lavorativa. Ebbene, questa conclusione spettava alla dr.ssa med. _____, la quale, però, come evidenziato, non ha avuto un quadro sincero delle condizioni di salute dell'assicurato, il quale non raccontando e nascondendo la pratica di un'attività sportiva, per di più così assiduamente ed

attivamente, d'avviso di questo Tribunale ha fuorviato la determinazione delle sue reali condizioni di salute e della sua capacità lavorativa. Nel maggio 2016, in occasione della seconda valutazione del ricorrente effettuata su richiesta dell'SMR, la psichiatra ha potuto soltanto pronunciarsi sul quadro clinico accertato in quel momento. Una valutazione retrospettiva non è stata possibile senza documentazione medica risalente al settembre 2015 o successivamente. Nemmeno il colloquio avuto con lo psichiatra curante ha chiarito la questione del calcio, visto che il collega ha riconosciuto di essere stato a conoscenza che il suo paziente giocava a calcio durante la stagione 2015/2016, ma l'assicurato e la moglie gli avevano riferito che o giocava pochissimo o non riusciva del tutto a giocare. Per questi motivi, e non ottenendo maggiori informazioni dall'interessato durante la sua valutazione, l'esperta non ha potuto rispondere al quesito del medico SMR a sapere quando era iniziato questo hobby. Nel suo rapporto finale del 20 giugno 2016 il dr. med. _____ ha concluso che vista la partecipazione attiva da settembre 2015 al campionato di calcio seniors con regolari allenamenti, l'assicurato presentava verosimilmente solo lievi deficit funzionali. Il dr. med. _____, anch'egli attivo presso il Servizio Medico Regionale, seppure come medico internista e non psichiatra, ha tratto la medesima conclusione il 17 febbraio 2017 (doc. 110) dopo avere analizzato nel dettaglio entrambe le perizie psichiatriche e il referto del 10 ottobre 2016 del curante dr. med. _____. Egli ha sostanzialmente concluso che anche se si trattava di un gioco e che l'assicurato poteva interromperlo quando voleva, tuttavia la capacità di giudizio, di decisione e di seguire delle regole precise doveva essere conservata per potere giocare a calcio e tale attività non poteva essere limitata alle partite, ma presupponeva anche una partecipazione agli allenamenti " di modo che è verosimile che la capacità lavorativa dell'80% era già presente dal settembre 2015. Alla prova dei fatti, il danno alla salute non poteva corrispondere ad un episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (ICD-10 F33.2). ". Contrariamente a quanto lamentato dal ricorrente, tale posizione è stata avallata da una specialista in psichiatria e psicoterapia attiva anch'essa presso il Servizio Medico Regionale. Va ancora osservato che il certificato del 10 ottobre 2016 dello psichiatra curante attesta soltanto a posteriori, ovvero alcuni mesi dopo l'esame peritale malgrado il ricorrente lo consultasse una volta al mese, che dal mese di maggio 2016 il quadro dell'interessato era migliorato e che il paziente aveva sospeso le cure. Non è però precisato se tale sospensione sia stata da lui prescritta a seguito di un miglioramento o se sia avvenuta spontaneamente, come ha riferito l'insorgente all'esperta nel maggio 2016. Nemmeno viene detto alcunché sulla questione del calcio che quest'ultima ha appositamente indagato durante la sua seconda valutazione e che, già al momento della stesura di questo suo rapporto, era oggetto del contendere. Inoltre, questo referto non si confronta né con la prima né con la seconda perizia della collega dr.ssa _____, limitandosi a certificare che il miglioramento era avvenuto dal maggio 2016, proprio come indicato dalla perita. Ne discende che tre medici dell'SMR che si sono chinati sul caso del ricorrente, di cui due specialisti in psichiatria e psicoterapia, hanno ritenuto verosimile che la sua capacità lavorativa dell'80% fosse già presente nel settembre 2015. Sulla scorta delle considerazioni esposte la scrivente Corte concorda con la soluzione adottata dall'Ufficio AI. Il regolare impegno e l'assidua frequenza che il ricorrente ha messo nello sport del calcio già almeno dal mese di settembre 2015 portano a concludere che è da quel momento che si deve fare risalire il miglioramento della sua capacità lavorativa, che la perita ha rilevato essere per certo presente dal maggio 2016, ma che i medici del Servizio Medico Regionale hanno fatto a buon diritto già risalire all'inizio del campionato di calcio seniors. Una diversa interpretazione dei fatti esposti non

collimerebbe con la realtà delle cose, che sono state debitamente comprovate dall'amministrazione mediante gli estratti delle partite di calcio. Per contro, il ricorrente non ha saputo sufficientemente comprovare mediante documentazione medica che il suo stato di salute fosse migliorato soltanto dal maggio 2016. Alla luce di ciò, il TCA non può che confermare lo stato di salute del ricorrente così come valutato dal dr. med. _____ il 20 giugno 2016 e dal dr. med. _____ il 17 febbraio 2017 sulla base anche dell'ultimo referto dell'ottobre 2016 del dr. _____. Non v'è infatti motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che, oltre al citato referto del 10 ottobre 2016, specifici e più dettagliati pareri medici contrari non ne sono stati trasmessi pendente causa. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 32.2016.108 del 2 maggio 2017; STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità, che non avrebbe vagliato sufficientemente le sue condizioni, trasmettendo il referto del 10 ottobre 2016 dello psichiatra curante. L'assicurato non ha però saputo comprovare le sue critiche di un miglioramento del suo stato di salute rispetto alle perizie del 29 febbraio 2016 e del 6 giugno 2016, visto che il rapporto del medico curante dr. med. _____ indica delle patologie che erano già presenti prima che il perito valutasse l'interessato e quindi, come tali, la dr.ssa _____ le aveva già considerate nelle conclusioni tratte nei suoi due rapporti. 2.8. In conclusione, dalla documentazione agli atti, non soltanto di carattere medico, emerge che lo stato di salute del ricorrente era migliorato già dal mese di settembre 2015 e, di conseguenza, è corretto ritenere, secondo il citato principio della verosimiglianza preponderante, che da quel momento la sua capacità lavorativa residua fosse dell'80% in qualsiasi attività come stabilito dai medici del Servizio Medico Regionale. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato, così come da esso richiesta, non è affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione agli atti è chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente il rinvio degli atti all'amministrazione. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da un esperto. Non si giustifica neppure l'audizione dei compagni di squadra dell'assicurato, i quali avrebbero dovuto testimoniare che egli "partecipasse in misura ridotta al gioco, e solo allorché la situazione psico-fisica glielo permettesse."

(doc. VIII). Infatti, determinante non erano i minuti giocati a calcio, ma già il solo fatto che egli partecipasse regolarmente agli allenamenti, alle partite e alle relative trasferte, che seguisse delle regole, che socializzasse, che uscisse di casa, che frequentasse dei gruppi e praticasse delle attività sportive, fattori che egli aveva invece assolutamente negato durante la perizia di gennaio 2016. Il TCA rileva che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2 che ha confermato questo principio, nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90 consid. 6). Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Il tali circostanze le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate sufficientemente, devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente e fattualmente oggettivabile. 2.9. In merito ai disturbi depressivi, siano essi ricorrenti o episodici, va ancora evidenziato che per costante giurisprudenza federale, resa nell'ambito dell'applicazione della LAI, se essi sono di grado da lieve a medio vanno ritenuti, secondo la prassi, quali malattie invalidanti solo se sono resistenti alla terapia in modo significativo (fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3 pag. 197 con riferimenti). Solo in questa costellazione - infrequente, ha osservato il Tribunale federale nella citata STF 9C_775/2016, visto che dal punto di vista dell'esperienza psichiatrica consolidata questi disturbi sono generalmente trattati efficacemente dal profilo terapeutico - sono ossequiate le esigenze normative dell'art. 7 cpv. 2 seconda frase LPGA, il quale richiede una valutazione dell'incapacità al guadagno il più possibile oggettiva (DTF 141 V 281 consid. da 3.7.1 fino a 3.7.3). L'invalidità può essere ritenuta solo se accertata secondo le regole della verosimiglianza preponderante in uso nelle assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1) e non può essere ammessa per il semplice motivo che non può essere esclusa. Inoltre la terapia deve essere stata regolarmente seguita, nel senso che le possibilità di trattamento ipotizzabili ed esigibili dal punto di vista medico specialistico (sia di natura ambulatoriale che ospedaliera) devono essere state utilizzate in modo ottimale e costante da un paziente collaborativo (STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 9C_841/2016 dell'8 febbraio 2017 consid. 3.1; STF 9C_551/2016 del 5 dicembre 2016 consid. 5.3.1 e STF 9C_233/2016 del 14 novembre 2016 consid. 6.1). In un caso ticinese giudicato di recente dalla nostra Massima Istanza (STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017), quest'ultima ha constatato che la ricorrente non aveva seguito costantemente una terapia

medica per i suoi disturbi depressivi. Infatti, già in una perizia avvenuta nel 2005, pur ammettendo una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve con sindrome biologica (ICD-10: F33.01), il perito psichiatra aveva indicato la necessità di seguire una terapia idonea a migliorare la situazione valetudinaria. Dagli atti non è però risultato che l'assicurata si sia rivolta a uno specialista in psichiatria fino al giugno 2014, poi ha interrotto subito le sedute di psicoterapia e nel settembre 2014 si è rivolta a un altro specialista, che l'ha presa a carico fatto salvo per l'interruzione volontaria della terapia che è avvenuta per partenza all'estero per 4-5 mesi. Questa circostanza, oltre al fatto che non era ancora stata trovata la soluzione farmacologica ottimale, ha portato l'Alta Corte a non concludere per un trattamento seguito in modo ottimale e costante come richiesto dalla giurisprudenza. Pertanto, alle affezioni lamentate dalla ricorrente il Tribunale federale non ha riconosciuto natura di malattia invalidante (cfr. consid. 6.3). 2.10. Nel caso ora in esame, lo psichiatra curante aveva certificato inizialmente un episodio depressivo grave con sintomi psicotici (ICD-10: F32.3), poi dal maggio 2016 il quadro dell'assicurato era migliorato tanto che aveva sospeso le cure. La perita psichiatra dell'Ufficio AI ha anch'essa diagnosticato nel gennaio 2016 un episodio depressivo grave, ma senza sintomi psicotici (ICD-10: F33.2), poi nel maggio 2016 l'episodio depressivo era stato accertato come lieve (ICD-10: F33.0). Dagli atti risulta che il ricorrente ha seguito per mesi una terapia psicofarmacologica a base di Sertraline, Fluvoxol e Trittico prescritti dal suo medico curante, poi l'ha sospesa. Inoltre, l'assicurato ha avuto delle consultazioni specialistiche con il suo curante, ha beneficiato di colloqui psicologici di sostegno, di socio-ergoterapia, di colloqui di accompagnamento psicosociale e frequentava due volte alla settimana il day hospital gestito dal suo psichiatra. In seguito, questa frequenza era stata sospesa e il trattamento psicoterapico di sostegno da parte del dr. med. _____ era diventato a frequenza mensile. Alla luce di ciò, d'avviso del TCA, si deve concludere che il ricorrente ha seguito un trattamento specialistico in modo ottimale e costante, tanto che i disturbi depressivi – all'inizio gravi, poi, come visto, dal settembre 2015 vanno ritenuti lievi - di cui era affetto non erano tali da essere resistenti alla terapia in modo significativo, tanto da dover essere riconosciuti quali aventi natura di malattia invalidante. Prova ne è che la psicoterapia farmacologica è stata sospesa e la capacità lavorativa riattivata (per un caso in cui malgrado il trattamento specialistico i disturbi depressivi erano resistenti alla terapia tanto da avere carattere di malattia invalidante, STCA 36.2016.115 del 21 settembre 2017). Va pertanto concluso che l'episodio depressivo grave ha reso il ricorrente inabile al lavoro in qualsiasi attività dal 4 settembre 2014 al 31 agosto 2015; dopodiché, stante l'episodio depressivo lieve, l'assicurato va ritenuto abile all'80% in qualsiasi attività. 2.11. Riconosciuto il valore invalidante delle affezioni psichiche di cui soffriva il ricorrente, che è stato ritenuto abile al lavoro in ragione dell'80% dal 1° settembre 2015, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute che ha subito. L'insorgente ha contestato il reddito da invalido che “ non è stato rapportato equamente al grado di capacità lavorativa effettiva ed alla riduzione per attività leggere, che doveva comunque consistere nel 25%, viste le problematiche ed i disagi psichici riscontrati in merito alla concentrazione ed alla possibilità di apprendimento. ” (doc. I punto 13). A suo dire, gli si dovrebbe riconoscere una rendita intera di invalidità limitata nel tempo. 2.12. Nel caso concreto, il consulente in integrazione professionale si è espresso il 21 giugno 2016 (doc. 90) e l'8 marzo 2017 (doc. 114) sul grado di invalidità, stabilendo una riduzione globale dal reddito ipotetico da invalido del 10% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Confrontando poi il reddito da valido aggiornato al 2015 – non

contestato - con il reddito ipotetico da invalido ricavato dai dati statistici, ridotto del 10%, il grado di invalidità del ricorrente è stato calcolato nel 9,83% e quindi arrotondato al 10%. L'assicurato ha chiesto che si tenga conto della riduzione massima del 25% al reddito da invalido - contestato nella misura in cui non avrebbe tenuto conto della sua capacità lavorativa effettiva -, poiché non sarebbe stata considerata la riduzione per attività leggere. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nel caso di specie l'Ufficio AI ha tenuto conto di una deduzione globale del 10% del reddito da invalido per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Il TCA osserva che la questione non merita di essere verificata nel dettaglio, visto che anche volendo, per sola ipotesi di lavoro, applicare il tasso di riduzione preteso dal ricorrente al calcolo effettuato dall'Ufficio AI, che è corretto avendo applicato la riduzione del 20% al reddito statistico da invalido, si arriva a ottenere un grado di invalidità arrotondato al 25% (Fr. 53'028.- [reddito da valido] – {Fr. 66'944.- x 20 : 100 – [(Fr. 66'944.- x 20 : 100)] x 25 : 100} [reddito da invalido] : Fr. 53'028.- x 100). Questo grado è stato quindi calcolato tenendo presente un'abilità lavorativa residua dell'80% in qualsiasi attività e una riduzione del 25% per stabilire il reddito statistico da invalido ma, essendo inferiore al grado minimo pensionabile, in virtù dell'art. 28 cpv. 2 LAI non dà diritto a una rendita di invalidità. Ne discende che è a giusta ragione che il grado del 10% stabilito dall'amministrazione – o anche quello del 25% volendo seguire la tesi del ricorrente, comunque non fondata alla luce della citata giurisprudenza - non permette all'assicurato di ricevere una rendita di invalidità trascorso l'anno di attesa (art. 28 LAI). 2.13. In queste circostanze, questo Tribunale non può dunque che confermare la decisione dell'Ufficio assicurazione invalidità di negare al ricorrente una rendita temporanea (intera) di invalidità

per il periodo dal 1° settembre 2015 al 31 agosto 2016, e meglio a decorrere dal termine dell'anno di attesa (dal 4 settembre 2014 al 31 agosto 2015) e fino a tre mesi dopo il miglioramento del suo stato di salute, che l'assicurato ha fatto risalire al 1° maggio 2016. Di conseguenza, è a giusta ragione che dal 1° settembre 2015 il ricorrente non ha diritto al riconoscimento di una rendita (intera) di invalidità stante un grado di invalidità del 10%. Inoltre, nella misura in cui l'Ufficio AI ha rifiutato il riconoscimento (anche) di provvedimenti d'integrazione, la decisione impugnata merita conferma (STCA 32.2017.46 del 12 ottobre 2017; STCA 32.2016.122 del 10 maggio 2017; 32.2014.188 del 30 settembre 2015), giacché la soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è del 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso integralmente respinto. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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 complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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