

TI_GERICHTE 32.2019.182 vom 10. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.182

FR: TI_GERICHTE 32.2019.182 du 10 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.182 del 10 settembre 2019

Regeste

Assicurato salariato al 76% e per il 24% del tempo non si dedica alle mansioni consuete, ma al suo tempo libero, che però non è assicurato ex OAI 27. Pertanto, metodo di raffronto proporzionale dei redditi e non metodo misto. I disturbi psichici non possono essere considerati perché tempo d'attesa 1 anno

Erwägungen

E. 30

gennaio 2020 la capacità lavorativa sarebbe stata piena. L'assicurato ha dichiarato che con il trattamento antidepressivo assunto da 3-4 settimane (Trittico Retard e Duloxetine) aveva già sperimentato un effetto leggermente migliorante. Il medico fiduciario dell'assicuratore malattia ha spiegato che per gruppi di persone comparabili per quanto riguarda sesso, età e disturbo, il periodo specificato corrisponde al decorso statisticamente medio fino alla remissione. Si applica a condizione che non sia necessario alcun cambiamento dopo che il trattamento psicofarmacologico stabilito è pienamente efficace. Questa valutazione è possibile solo dopo 4-6 settimane di utilizzo degli antidepressivi, quindi è necessario attendere altre 1-2 settimane. Se si deve aumentare il dosaggio, o un antidepressivo deve essere modificato a causa dell'effetto complessivo insufficiente, il tempo necessario per la remissione si prolunga di conseguenza. Al termine dei 4 mesi sarà possibile ritornare a lavorare a tempo parziale. A quale percentuale e a partire da quando non è possibile prevederlo nel caso concreto a causa della grave sintomatologia. Alla domanda n. 5 a sapere se l'assicurato potrà lavorare in un'attività adatta, l'esperto ha risposto negativamente, precisando che i disturbi attuali e il loro decorso erano indipendenti da qualsiasi attività lavorativa. La domanda n. 7 chiedeva se con un trattamento medico era possibile ridurre l'incapacità lavorativa rispettivamente raggiungere una piena abilità lavorativa e lo psichiatra ha risposto di no. A suo avviso, il trattamento psichiatrico attuale non poteva essere ottimizzato, nel senso che il trattamento ottimale era già stato instaurato. L'indomani, il dr. med. _____ ha certificato l'incapacità totale del ricorrente dal 13 ottobre al 30 novembre 2019 (doc. G) e il 23 ottobre 2019 (doc. H) il dr. med. _____ ha modificato lo schema terapeutico aggiungendo un antipsicotico. 2.6. Per costante giurisprudenza (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-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). 2.7. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; 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 inoltre 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 premorbo, 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 succitati criteri. L'esperto deve poi esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, 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). Inoltre, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA 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 consid. 3b; Locher/Gächter , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la

diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) ". Con DTF 130 V 352 la nostra Massima Istanza ha precisato i criteri per potere 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, op. cit., pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, il Tribunale federale, 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, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie

psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere 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 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.8. Nel caso di specie, nell'ottobre 2018 l'assicurato ha chiesto all'Ufficio assicurazione invalidità di beneficiare di prestazioni a causa dei disturbi alla schiena che dal 4 giugno 2018 avevano reso impossibile continuare a svolgere un'attività lucrativa. Raccolta la documentazione medica presso l'assicuratore malattia per perdita di guadagno, il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto che non v'era alcuna presa a carico specialistica, neurochirurgica o altro, perciò è stato interpellato il medico curante, dr. med. _____, il quale ha prodotto tre referti medici che secondo l'SMR portavano ad una incapacità lavorativa somatica del 20% in attività adeguate di tipo sedentario, in ambiente amministrativo e rispettose dei limiti funzionali indicati (peso massimo di 5kg, alternanza della postura e pause supplementari), mentre nella sua precedente attività lucrativa l'assicurato non era più abile a causa della persistente sintomatologia algica lombare senza neurologia. Con le osservazioni al progetto di decisione con cui l'Ufficio AI ha rifiutato una rendita di invalidità, il medico curante ha ribadito che l'assicurato era totalmente inabile al lavoro malgrado le varie terapie intraprese. A suo dire, tanto il certificato del Centro per la terapia del dolore quanto quello allestito dall'ambulatorio di ortopedia _____ dovevano essere sufficienti per corroborare la sua posizione. Per quanto concerne l'aspetto somatico , il dr. med. _____ ha esaminato nel dettaglio questi referti, concludendo il 5 settembre 2019 che non v'era un esame obiettivo specifico in grado di dimostrare delle limitazioni funzionali più importanti di quelle che egli aveva riscontrato sei mesi prima. Infatti, questi certificati non attestavano complicanze neurologiche, né interventi chirurgici e nemmeno procedure antalgiche invasive, considerando che il medico curante ne aveva attestato l'idoneità alla guida. La scrivente Corte concorda con il Servizio Medico Regionale nell'evidenziare che non è noto l'esito dell'infiltrazione che è stata eseguita il 25 settembre 2018, malgrado la stessa dr.ssa med. _____ del Centro per la terapia del dolore abbia indicato il 25 ottobre 2018, quando ha redatto il referto, che avrebbe rivisto il paziente dopo un mese per la valutazione del risultato. Inoltre, è proprio il dr. med. _____ nominato dal dr. med. _____ che, nel rapporto del 13 dicembre 2018, ha indicato che " Wir denken hier, dass absolut alle konservativen Möglichkeiten auszuschöpfen sind. " (doc. 34) e che, eventualmente, se si fosse ripresentata una acuta esacerbazione, " könnte auch noch einmal auf dem Segment L2/L3 infiltriert werden, hier würden wir vorschlagen die Facettengelenke zu adressieren und so mit epiduraler Verteilung lokal, dort wo auch das Problem ist, zu therapieren. ". È solo se " Sollte der Patient weiter leiden und der Leidensdruck ausreichend gross sein, so könnten wir uns ebenso ein X-LIF als stand-alone

vom laterale Zugang vorstellen. In diesem Fall würde sich der Patient nochmals telefonisch mit uns in Verbindung setzen. " (doc. 34). Nemmeno il dr. med. _____ ha quindi descritto un quadro clinico catastrofico. Alla luce di queste considerazioni, e in assenza di un certificato medico che affermi il contrario, fino all'emanazione della decisione impugnata l'assicurato non è stato sottoposto a un intervento chirurgico alla schiena. Pertanto, sulla base dei soli atti a disposizione, non è possibile sostenere che il suo stato di salute fosse peggiore di quello valutato dal Servizio Medico Regionale. Il dr. med. _____ ha infatti ben spiegato il 5 settembre 2019 che le discopatie riscontrate dalla risonanza magnetica sono molto comuni nella maggior parte della popolazione maschile dell'età del ricorrente. Inoltre, benché egli non fosse affetto da ernia discale, il medico ha evidenziato che è una patologia che è diffusa anche nella popolazione sana. L'SMR ha rilevato che anche per quanto concerne la terapia farmacologica indicata dal dr. med. _____, la stessa, a base di antidolorifici al bisogno - e di fisioterapia al bisogno -, non configurava dunque una terapia farmacologica articolata e neppure fissa, che avrebbe invece denotato la presenza di una sintomatologia algica particolarmente importante come sostenuto dal curante. Questa analisi non è stata contraddetta dal ricorrente sulla base di certificati medici, ma solo adducendo motivi di carattere soggettivo. Infatti, altri certificati medici a comprova di un'inabilità lavorativa del 100% dal profilo somatico in qualsiasi attività lucrativa non ve ne sono. Tuttavia, un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione medica del dr. med. _____ non è sufficiente per contrastare le conclusioni che dal 4 giugno 2018 egli risulta inabile al 100% nella sua attività di agente di sicurezza, ma abile all'80% in altre attività adeguate fermo restando determinati limiti funzionali che l'SMR ha indicato nel suo rapporto finale. Occorre infatti 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, perciò 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 (fra le ultime, STCA 32.2019.177 del 2 giugno 2020; STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Da quanto precede discende che le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto finale del 15 marzo 2019, ribadite nelle annotazioni del 5 settembre 2019, sono convincenti e vanno perciò fatte proprie da questo Tribunale, non essendo state sufficientemente contestate dal ricorrente, che non ha suffragato la sua tesi con dei validi certificati medici che attestano una situazione clinica peggiore, ma che si è limitato ad osservare come il suo stato fisico gli impedisca di svolgere una qualsiasi attività lavorativa. In presenza di queste chiare e dettagliate spiegazioni, il TCA si allinea con serenità alle conclusioni tratte dal medico del

Servizio Medico Regionale, il quale ha dunque esaminato attentamente le condizioni di salute dell'assicurato dal profilo somatico, vagliandone l'anamnesi, tenendo conto dei dati soggettivi e dei riscontri oggettivi emersi dagli esami radiologici e dalla documentazione medica raccolta e si è ben confrontato con i pareri dei medici curanti agli atti anche alla luce della letteratura scientifica. Di conseguenza, una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato di carattere multidisciplinare (reumatologico, neurologico, ortopedico), così come da esso richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti, come l'allestimento di una perizia pluridisciplinare. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. 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 Verwaltungsrechts-pflege 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). Alla luce di tutte queste considerazioni, i gradi di incapacità lavorativa determinati dal Servizio Medico Regionale (dr. med. _____) vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività abituale di agente di sicurezza (100%) quanto in attività adeguate (20%) con i limiti funzionali stabiliti. Non è data un'incapacità lavorativa maggiore. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente.

2.9. Quanto all' ambito psichiatrico, e quindi ai pareri del 10 settembre 2019 e dell'11 ottobre 2019 dello psichiatra curante dr. _____, alla presa di posizione del dr. med. _____ dell'SMR e al rapporto del 10 ottobre 2019 del dr. med. _____ interpellato dall'assicuratore malattia perdita di guadagno, la scrivente Corte formula le considerazioni seguenti. Conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (STF 9C_443/2009 del 19 agosto 2009, consid. 2.2; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi al 10 settembre 2019. L'inizio della presa a carico psichiatrica dell'interessato da parte del dr. med. _____ è avvenuta il 2 settembre 2019 e quindi in un periodo antecedente, seppure di pochi giorni, il momento in cui il TCA si deve porre per valutare lo stato di salute del ricorrente. Come tale, pertanto, tale documento, così come i successivi, ma soltanto se riferiscono di una situazione antecedente alla decisione contro cui l'assicurato ha ricorso, dovrebbe, di principio, essere preso in considerazione ai fini del presente giudizio, che valuta lo stato di salute del ricorrente dall'insorgenza del danno alla salute (4 giugno 2018) fino all'emanazione della decisione impugnata (10 settembre 2019). Tuttavia, un'eventuale inabilità lavorativa per motivi psichici non può invece essere presa in considerazione per l'evasione del caso ora in esame. Essa andrebbe fatta risalire, secondo la dichiarazione dello psichiatra curante, al 2

settembre 2019 visto che, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, non sembrerebbero esserci dei riscontri clinici di una precedente insorgenza dovuta al licenziamento dell'assicurato (notificatogli il 18 dicembre 2018 con effetto al 28 febbraio 2019), argomento e causa di cui nemmeno, peraltro, il dr. med. _____ ha mai parlato. Ad ogni modo, non occorre comunque esaminare ulteriormente questa circostanza in questa sede. In effetti, come recita il citato art. 28 LAI, l'assicurato ha diritto a una rendita di invalidità se è stato inabile al lavoro in ragione di almeno il 40% ininterrottamente per almeno un anno. Pertanto, quand'anche si riconoscesse l'esistenza di un'inabilità lavorativa del ricorrente dovuta a disturbi psichici, un eventuale nuovo diritto alla rendita AI potrebbe nascere soltanto, semmai, dopo un anno di attesa dall'insorgenza del danno e quindi, verosimilmente, dal 1° settembre 2020. Questo aspetto potrà comunque essere valutato dall'Ufficio AI soltanto nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni che il ricorrente, se lo riterrà opportuno, avvierà nelle opportune sedi facendo valere un peggioramento delle sue condizioni di salute.

2.10. Quanto alle conseguenze economiche del danno alla salute, l'insorgente non ha contestato, come tali, gli importi di partenza ritenuti a titolo di reddito da valido e di reddito da invalido. Egli non si è detto unicamente d'accordo con il metodo misto adottato dall'amministrazione. In applicazione del metodo di raffronto proporzionale dei redditi - di cui già si è detto al considerando 2.4 -, si deve ritenere che il grado di invalidità, basandosi sui dati esposti dal consulente in integrazione professionale nel suo complemento del 16 ottobre 2019 (doc. IV/2) prodotto pendente causa, sia dello 0,55% (0,73% [grado AI stabilito raffrontando il reddito da valido che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2018 al 76% senza il danno alla salute (Fr. 3'551 x 13 mesi = Fr. 46'163) con il reddito da invalido ridotto del 20% per motivi medici e del 15% per motivi personali (Fr. 45'827,80)] x 76% [quota parte salariata]), che va arrotondato all' 1% (DTF 130 V 121), ciò che esclude l'attribuzione di una rendita d'invalidità (cfr. art. 28 cpv. 2 LAI). La decisione impugnata deve dunque essere confermata.

2.11. 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 del ricorrente.

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